

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Znalosti žen ve věku 13 až 26 o prevenci karcinomu děložního čípku ve
vybraném regionu

The awareness of the cervical cancer prevention methods among women
between the age of 13 - 26 in a selected region

Denisa Sedláčková

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: B BI-VZ

Rok odevzdání:
2020

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Znalosti žen ve věku 13 až 26 o prevenci karcinomu děložního čípku ve vybraném regionu potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 23. 7. 2020

Ráda bych zde poděkovala paní PhDr. Jaroslavě Hanušové, PhD., za její odborné rady při psaní této bakalářské práce, za její velkou trpělivost, ochotu a rychlé reakce při online komunikaci. A také bych chtěla poděkovat své rodině, která mě celou dobu podporovala.

ABSTRAKT

V současné době stále přibývá žen, kterým je diagnostikováno přednádorové a nádorové onemocnění děložního čípku. Tato bakalářská práce se v teoretické části zaměřuje na příčiny vzniku tohoto onemocnění u žen. Dále se pozornost soustředí na vysvětlení stěžejního pojmu, kterým je karcinom děložního čípku a na HPV vir, práce se také specializuje na diagnostiku, screening, prevenci a léčbu. Na konci teoretické části je rozebíráno velmi diskutované téma, a to je vakcinace. Praktická část vychází z dotazníkového šetření, které probíhalo ve Středočeském kraji a poukazuje na znalosti žen o prevenci karcinomu děložního čípku, vyhodnocené na základě správných odpovědí. Dále se praktická část věnuje tomu, zda ženy chodí na preventivní prohlídky, zda jsou očkovány a také z jakého zdroje čerpají informace o prevenci karcinomu děložního čípku.

KLÍČOVÁ SLOVA

karcinom, děložní čípek, gynekologie, očkování, HPV

ABSTRACT

The number of women diagnosed with precancerous condition and cervical cancer has been increasing past years. The theoretical part of bachelor thesis is focused on the conditions of development of this illness among women. Furthermore, there is an emphasis on the essential term which is cervical cancer and then HPV virus, followed by more information about the diagnosis process, screening, prevention and treatment. The theoretical part ends with discussion about a very popular topic which is a vaccination. The practical part is based on the outcome of questionnaire survey conducted in Central Bohemian Region depicting a level of knowledge of cervical cancer among women that was concluded from the correct responses. In addition, the practical part uncovers whether women visit a gynecologist for preventive care on a regular basis, whether they get vaccinated and what sources they used to find information about the prevention of cervical cancer.

KEYWORDS

carcinom, uterine cervix, gynecology, vaccination, HPV

Obsah

Úvod.....	8
1 Karcinom děložního čípku.....	9
1.1 Anatomie pohlavních orgánů ženy	10
1.2 Epidemiologie výskytu karcinomu děložního čípku	11
1.1 Etiopatogeneze	12
1.2 Rizikové faktory ovlivňující karcinom děložního čípku	12
1.2.1 HPV	13
1.2.1 Včasné zahájení pohlavního života	14
1.2.2 Kouření	14
1.2.3 Hormonální antikoncepce	15
1.2.4 Promiskuita.....	15
1.2.5 Sexuálně přenosná onemocnění	15
1.2.6 Porušení imunity.....	15
1.3 Prekancerózy	15
CIN 1	16
CIN 2	16
CIN 3	16
CIS.....	16
1.4 Diagnostika a klinický obraz.....	16
1.5 Diagnostické metody	17
1.5.1 Ultrazvuk (UZ)	17
1.5.2 Magnetická rezonance (MR).....	18
1.5.3 Počítačová tomografie (CT).....	18
1.5.4 Pozitronová emisní tomografie (PET)	19

1.5.5	Kolposkopie	19
1.5.6	HPV test	20
1.5.7	Cytologie	21
1.5.8	Cílená biopsie	21
1.6	Léčba karcinomu děložního čípku.....	22
1.6.1	Chirurgická léčba.....	22
1.6.2	Chemoterapie.....	24
1.6.3	Radioterapie	24
1.7	Prevence a screening karcinomu děložního čípku.....	24
1.7.1	Prevence	24
1.7.2	Primární prevence.....	25
1.7.3	Sekundární prevence.....	25
1.7.4	Terciární prevence	25
1.7.5	Kvartérní prevence.....	26
1.7.6	Screening.....	26
1.8	Vakcinace proti karcinomu děložního čípku.....	26
1.8.1	Cervarix.....	27
1.8.2	Gardasil	27
1.8.3	Gardasil 9	27
2	Praktická část	28
2.1	Cíle a výzkumné otázky praktické části.....	28
2.2	Dotazník a popis cílové skupiny.....	29
2.3	Výsledky a komparace dat	29
2.4	Diskuze a doporučení.....	47
2.4.1	47

2.4.2	Diskuze	47
2.4.3	Doporučení	67
	Závěr	69
	Seznam použitých informačních zdrojů	71
	Seznam příloh	73

Úvod

Téma znalosti žen o prevenci karcinomu děložního čípku jsem si vybrala, protože mě tato oblast zajímá už od střední školy, ale také hlavně, že je to v dnešní době velmi diskutované a závažné téma. Jedná se o třetí nejčastější nádorové onemocnění u žen v České Republice. Tato diagnóza postihující ženy se rok od roku zvyšuje. Ročně rakovinou děložního čípku onemocní 1200 žen a 400 případů končí smrtí. Tímto onemocněním může být ohrožená každá žena i já sama, a proto je mým záměrem prohloubit si své dosavadní znalosti a zároveň zjistit jaké mají znalosti ženy ve věku 13 až 26 let o dané problematice. Toto věkové rozmezí jsem si vybrala, protože nejvyšší riziko nákazy lidským papilomavirem, způsobujícím rakovinu děložního čípku, je kolem 20. roku života ženy. Naštěstí v České republice máme i možnosti prevence, které jsou i dobře dostupné. Ženy a dívky mají možnost využít očkování proti viru HPV a mají možnost si vybrat mezi dvěma vakcínami, které jsou zde dostupné. Dále každá žena má 1x za rok nárok na preventivní prohlídku u svého gynekologa, který provede cytologický stěr, ale bohužel je známo, že ne všechny ženy tyto preventivní kontroly využívají, možná za to může špatná informovanost nebo ženy berou toto onemocnění na lehkou váhu. Proto chci pomocí této bakalářské práce zjistit, jak jsou na tom ženy a dívky se svými znalostmi a jak jsou o této problematice informovány.

Práce se skládá jak z části teoretické a z části praktické. První část obsahuje informace týkající se tohoto onemocnění. Je zde popsána anatomie ženských pohlavních orgánů, zabývá se samotným lidským papilomavirem způsobujícím rakovinu cervixu, dále její diagnózou, léčbou a také prevencí. Část praktická je věnována výsledkům výzkumného šetření zaměřeného na zmapování znalostí žen a dívek ve věku 13 až 26 o prevenci karcinomu děložního čípku a o jeho rizikových faktorech, cílem celého výzkumu bylo také získání pozornosti žen a dívek a jejich uvedení do této problematiky.

1 Karcinom děložního čípku

Karcinom děložního čípku je celosvětově druhým nejčastějším maligním nádorem u žen a také zůstává hlavní příčinou úmrtí způsobených zhoubným nádorem v rozvojových zemích. Tyto země každoročně představují asi 83 % nově zjištěných nádorů děložního čípku. Každý rok je v mezinárodním měřítku diagnostikováno 500 000 nových případů. V ekonomicky vyspělých zemích je přírůstek za rok pouze 3,6 % nových případů, a to je pravděpodobně dáno úspěšnými screeningovými programy, které jsou založené na pravidelných odběrech onkologické cytologie. Zajímavostí je, že průměrný věk žen, u kterých dochází k rozvoji tohoto zhoubného onemocnění děložního čípku, je obecně nižší než u ostatních gynekologických nádorů. Incidence zhoubného nádoru děložního čípku se u nás v České republice dlouhodobě pohybuje okolo asi 20 nových případů tohoto onemocnění na 100 000 žen, z toho vyplývá, že incidence u nás v České republice je přibližně 16,7 žen/rok. Dle daného údaje odpovídá incidence jako v málo rozvinutých zemích.

Toto onemocnění vyvolává především infekce virem HPV. Jedná se o velmi častý vir, který v sobě obsahuje DNA a je tak geneticky ustálený, což je pro nás velmi dobré, protože se můžeme chránit proti viru pomocí očkování. Proces vzniku karcinomu děložního čípku trvá okolo 10 až 15 let, a to je hlavní důvod, proč se tento druh rakoviny vyskytuje u žen až ve vyšším věku. Existují dva věkové vrcholy výskytu u rakoviny děložního čípku v populaci, první vrchol je mezi 30. až 40. a druhý kolem 60. roku života (Sláma, 2011). Z toho tedy plyne, že nejvyšší riziko nákazy HPV infekcí je ve věku 20 až 25 let a rakovina je zjišťována nejčastěji ve věku 40 až 55 let. Projevy karcinomu děložního čípku jsou obdobné jako u jeho prekanceróz, je to krvácení po pohlavním styku (Sláma, 2011). Může se ale objevit krvácení po stolici, krvácení mimo období menstruace nebo velmi silné menstruační krvácení trvající déle než je u ženy normální, anebo krvácení po klimakteriu. Avšak u pokročilejších stadií rakoviny, kdy je malá šance na vyléčení, se objevují jako hlavní příznaky i krvavé a zapáchající výtoky a ženy trpí i na velké bolesti v oblasti podbřišku a mají často potíže při močení. Mohou se vyskytnout i vzdálené metastázy nádoru v orgánech, jako jsou plíce, mozek nebo játra (Pilka, 2017; Sláma, 2011).

1.1 Anatomie pohlavních orgánů ženy

Pohlavní orgány ženy se rozdělují podle toho, kde se nacházejí a to na zevní a vnitřní (Dylevský, 2009).

Vnitřní orgány jsou ty, které jsou uloženy uvnitř malé pánve. Za stydkou kostí je v pánvi uložený močový měchýř, za ním je děloha, která je uložena ve středu pánve, za dělohou je uložený konečník, pod sebou má pochvu a pánevní dno a po stranách ji obklopuje řídké vazivo. Děloha má na délku rozměry o velikosti 7-8 cm a šířku asi 3cm a hmotnost mezi 40-50g. Její tvar nám může připomínat hrušku. Její širší část, kterou můžeme nazývat také děložní tělo, je obrácena do dutiny břišní, z jejího vrcholu do stran vystupují vejcovody. Vejcovod je párová trubice o průměru 4-6 mm s přibližnou délkou 10-15 cm. Pod vejcovody jsou uloženy vaječníky. Vaječníky jsou párové, jejich délka je asi 3-5 cm a mají hmotnost přibližně 6-10 g. Dále mezi vnitřní pohlavní orgány ženy řadíme děložní hrdlo. Děložním hrdlem nazýváme užší část dělohy, která je otočena směrem dolů. Je to bariéra mezi dělohou a pochvou. Děložní krček se z větší části nachází nad pochvou, avšak část krčku zvaná děložní čípek do ní vyčnívá (Dylevský, 2009). Je vystlán cylindrickým žlázovým epitelem. Na vnější straně čípku a pochvy je cylindrický epitel, který je velmi odolný vůči infekci a mechanickému porušení. Děložní čípek je zaoblený a v jeho středu leží branka děložní, což je otvor do poševní dutiny. Pochva je kopulačním a odvodným orgánem. Svým horním koncem přiléhá na děložní krček a dolním koncem je otevřena navenek jako vchod poševní. Vchod poševní se nachází mezi malými stydkými pysky v poševní předsíni (Čihák, 2001). Její přibližná délka je 8-10 cm a šířka 3 cm (Kopecký, 2010). Na hranici pochvy a poševního vchodu se nachází panenská blána, která představuje tenká slizniční řasa vyplněná řídkým vazivem. Její rozsah je velmi individuální (Čihák, 2001). Stěny jsou silné přibližně 3-4 mm, složené ze sliznice, svaloviny a z vazivové vrstvy. Sliznice je bez žláz, narůžovělá, složená z mnohvrstevného dlaždicového epitelu a z kolagenního, řídkého, slizničního vaziva s elastickými vlákny - zde tečka u nepřímé citace nemá být, ta je až za závorkou - opět správně uvádět v celé práci - již se nebudu v práci k tomuto problému vyjadřovat (Čihák, 2001). Tato vrstva je poměrně silná (Dylevský, 2009).

Orgány řadící se mezi zevní pohlavní orgány ženy označujeme také jako zevní rodidla. Můžeme je opět rozdělit na párové a nepárové. Zevní pohlavní orgány jsou ty, které zvenku

nasedají na oblouk stydkých kostí. Mezi tyto zevní orgány patří velké stydké pysky, malé stydké pysky, velká vestibulární žláza, vchod poševní, ústí močové trubice a poštváček. Do párových orgánů patří velké pysky stydké, malé pysky stydké a k nepárovým se řadí předsíní poševní a poštváček (Dylevský, 2009).

Poševní předsíní je prostor mezi malými stydkými pysky, který tento prostor ohraničují. V poševní předsíni se nachází poševní vchod (Čihák, 2001). Nad ním ústí močová trubice. Dále mezi zevní pohlavní orgány ženy patří poštváček. Ten je složen ze dvou ramen a to z pravého a levého, spojením těchto ramen vzniká tělo poštváčku, které je zakončeno žaludem, který kryjí kožní řasy malých stydkých pysků. Je dlouhý okolo 2-3 cm. Svoji anatomii a fyziologií odpovídá penisu, což je mužský pohlavní orgán. Malé stydké pysky jsou tenké kožní řasy růžové barvy spojené za poševní předsíní. Vpředu se každý pysk rozděluje na dvě kožní zdvojeniny. Jejich zevní řasy v sebe navzájem přecházejí na přední straně žaludu poštváčku a dohromady tvoří předkožku poštváčku. Vnitřní řasy se připínají na zadní stranu žaludu poštváčku a tvoří tak uzdičku. Každý malý stydký pysk je dlouhý asi 3-4 cm a jsou kryty velkými stydkými pysky (Čihák, 2001). Jejich kůže má na rozdíl od velkých stydkých pysků tenkou pokožku, proto mají barvu jako má sliznice. Jejich výplň je řídké kolagenní vazivo. Ve vazivu jsou mimo jiné také mazové žlázy, které společně s odloupanými epitelem tvoří kožní maz (Čihák, 2001). Velké stydké pysky jsou podobné malým pyskům stydkým. Jak už název napovídá, jsou to větší kožní útvary než malé stydké pysky, které jsou jimi kryty. Každý pysk je dlouhý asi přibližně 8 cm, široký kolem 3 cm a je podložen řídkým vazivem s tukovým polštářem. Velké stydké pysky uzavírají stydkou štěrbinu. Vzadu a vpředu je spojení velkých stydkých pysků a nad předním spojením se nachází stydký pahorek, který je vystlaný tukovým polštářem. Ten je v dospělosti pokryt pubickým ochlupením. Kůže na vnější straně je více pigmentovaná, také je pod ní tenká vrstva hladké svaloviny. Naopak na vnitřní straně má tenkou pokožku, proto prosvítá růžová barva (Čihák, 2001).

1.2 Epidemiologie výskytu karcinomu děložního čípku

Žena, která onemocní rakovinou děložního čípku, se ocitá v náročné životní situaci. Jedna se o situaci, kdy se nepotýká pouze se svým zdravotním stavem, ale strádá také psychicky či sociálně. V celosvětovém měřítku je onemocnění karcinomem děložního čípku druhou

nejčastější příčinu úmrtí u žen do 45 let. Pro přiblížení, každé 2 minuty ve světě přibude 1 úmrtí ženy způsobené rakovinou děložního čípku, a to je opravdu alarmující statistika. Celkově tak na světě zemře přibližně 270 000 žen za jeden kalendářní rok. Nejvyšší počty úmrtí jsou pravidelně zaznamenány v rozvojových zemích a to zejména proto, že je zde často nevyhovující nebo i úplná absence screeningového programu. Právě kvalitní screeningový program se prokázal být důležitým nástrojem pro včasné zachycení prekancerózních změn na buňkách děložního čípku a následné včasné zahájení léčby. V České republice se každým rokem zaznamená v rozmezí 1000 až 1100 případů s touto diagnózou. Navzdory tomu, že v posledních 10 letech by došlo k malému poklesu, se počet nově nemocných za jeden rok pohybuje okolo 19-20 na 100 000 žen, jedná se tedy stále o vysoký počet. Co do počtu úmrtí, zaznamenáváme až 400 případů za rok. V žebříčku Evropské unie se Česká republika zařadila na 13. příčku v počtu nově diagnostikovaných za jeden rok, jedná se přibližně o 850 žen. I v tomto případě je příčinou vysokého výskytu rakoviny děložního čípku málo účinný screeningový proces. Není výjimkou, že se zhoubné nádory vyskytují i u žen po 30. roce narození a to často v době, kdy se připravují na založení rodiny. Nejčastějšími jsou u nás takzvané dlaždicové karcinomy, které byly zaznamenány v 80% případů. Zbýlých 20 % tvoří karcinomy ze žláзовého epitelu (Roztočil, 2011).

1.1 Etiopatogeneze

Vznik karcinomu děložního čípku je komplexní a zároveň vícestupňový proces. Nejdůležitějším etiologickým faktorem je infekce HPV virem a to především typem 16 a 18, který je vysoce rizikový. HPV může navodit rizikovou transformaci, která poškodí DNA a klonální proliferaci buněk, které vedou ke vzniku karcinomu. Dlouhodobý sběr dat prokázal, že existuje přímý kauzální vztah mezi karcinomem děložního čípku a sexuální aktivitou (Novotný, 2012).

1.2 Rizikové faktory ovlivňující karcinom děložního čípku

Rizikové faktory jsou v dnešní době již velmi dobře zmapované, mnoho z nich je úzce spojeno se sexuálním chováním ženy. Za nejzávažnější rizikový faktor je považována HPV infekce. Nejzávažnější proto, že 99,7% případů rakoviny děložního čípku je prokázáno jako HPV pozitivních. Zanedbávání či nepravidelné gynekologické prohlídky patří k dalším příčinám tohoto onemocnění. Jistý podíl má také vícerodost. V tomto případě lze riziko

prokázat až od třech a více porodů. Nelze vynechat také genetickou dispozici, zejména v případech kdy s karcinomem děložního čípku byla diagnostikována matka nebo sestra (Cibula, 2009).

1.2.1 HPV

HPV patří do skupiny lidských papilomavirů, které se běžně vyskytují na celém světě. Celkem bylo zaznamenáno více než 100 typů lidského papilomaviru, nejméně 13 z tohoto počtu je rakovinotvorných (Pilka, 2017).

HPV viry se rozdělují do dvou skupin, první skupina je tzv. high risk (HR) a druhá skupina se nazývá low risk (LR). Nízce rizikové jsou typy 6 a 11, ty způsobují všechny genitální bradavice. LR HPV jsou opravdu jen málo zřídka onkogenní. Naproti tomu HR HPV, které zahrnují typy (16, 18, 31, 33, 35, 45 a 58) vyvolávají prakticky 100% karcinomů hrdla děložního. S nádorem děložního čípku jsou spojovány nejčastěji typy HPV 16 a HPV 18 a to až v 75%. K nákaze papilomaviry může dojít buď přes mikrotraumata, při které infikují bazální buňky nebo přímým stykem v místě, kde dochází ke změně cylindrického epitelu v dlaždicový v transformační zóně děložního čípku. Buňky infikované lidským papilomavirem se nazývají koilocyty. Nejčastější příčinou nákazy HPV infekcí u dospělých lidí je pohlavní styk, zároveň je ale možné nakazit se také infikovanými předměty. V případě kdy je nakažená matka, může být infekce přenesena i na dítě. Samotnou nákazu ovlivňuje vícero faktorů, těmi jsou například individuální citlivost na infekci či to, jak je vir sám odolný. Dále také hraje roli délka kontaktu s nakaženou osobou nebo předmětem. V současné době je HPV vir označován za nejběžnějšího pohlavně přenositelného činitele. Uvádí se, že během života přijde do styku alespoň s jedním typem HPV až 80% osob, které jsou pohlavně aktivní. Nelze opomíjet, že již v mladistvém věku může dojít k nákaze lidským papilomavirem a to velmi brzy po zahájení pohlavního života. Statistiky uvádí, že během tří let od zahájení aktivního pohlavního života, se v dnešní době nakazí mezi 40-60% dívek. Nákaza je však asymptomatická. Po první menstruaci je cylindrický epitel děložního čípku změněn na exocervix, který také ovlivňuje kyselé prostředí v pochvě. Následně se z něho stává nezralý metaplastický epitel. Tento řeměňovaný epitel má velký zhoubný potenciál a je poté nadměrně náchylný k infekci HPV. Postupem času pak dozrává do dlaždicového epitelu. Přibližně 25% žen kolem 25 let byly prokázány jako HPV pozitivních, v případě žen

kolem 35 let se toto číslo pohybovalo mezi 3-5%. HPV pozitivně testované ženy po 35. roce se nachází v rizikové skupině, pro kterou je nebezpečí vzniku prekanceróz či karcinomu děložního čípku opravdu velmi vysoké (Pilka, 2017).

Dysplastické změny dlaždicového epitelu děložního čípku mohou mít na svědomí právě lidské papilomaviry. Tyto viry dělíme na LSIL (low grade) a HSIL (high grade). Jako synonymum pro LSIL skvamózní intraepiteliální léze, lze také použít označení cervikální intraepiteliální neoplazie 1. stupně (CIN 1) či také mírná dysplazie. Jako synonymum pro HSIL je cervikální intraepiteliální neoplazie 2. a 3. stupně (CIN 2 a CIN 3), což je označováno také jako střední a těžká dysplazie a dlaždicobuněčný karcinom in situ (CIS) (Čepický, 2018; Záhumenský, 2015).

1.2.1 Včasné zahájení pohlavního života

Nejvíce náchylné na nákazu virem HPV jsou mladé dívky a s tím také souvisí brzké zahájení pohlavního života a to konkrétně před 16. rokem. Jim také v období hledání stálých partnerů a někdy i promiskuity hrozí největší riziko, protože se mohou v tomto období setkat s rizikovým partnerem. Do věku 35 let se tak s touto infekcí u nás setkají dvě ženy ze tří. Většinou o tom právě ani nevědí, protože jejich imunitní systém tyto viry zničí. V některých případech se tedy z této na oko neškodné infekce vyvine přednádorový stav a poté zhoubný nádor. Žena by ovšem měla rizikovému chování předcházet a chránit se i bariérovou antikoncepcí (Cibula, 2009).

1.2.2 Kouření

Ženy, které jsou kuřáčky, mají oproti nekuřáčkám přibližně 2x zvýšené riziko pravděpodobnosti, že onemocní rakovinou děložního čípku. Nesmíme také opomenout ani na pasivní kouření, které k tomuto onemocnění také přispívá. Žena, která bydlí s kuřákem, který doma kouří, zvyšuje tak své riziko tímto onemocněním. Látky, které obsahuje tabákový kouř, jsou roznášeny po celém těle a právě tyto látky se dostanou až do hlenu děložního čípku, kde mohou negativně působit na buňky. DNA buněk se naruší a tak vzniká riziko vývoje rakoviny v tomto místě. Kouření kuřáčkám narušuje také jejich imunitní systém a tělo se tak nemůže dostatečně bránit a většinou pak HPV virům podléhá. (Kouření se podílí i na vzniku gynekologických nádorů)

1.2.3 Hormonální antikoncepce

I hormonální antikoncepce se může brát jako další rizikový faktor, za předpokladů, že s ní působí současně více vlivů, zvláště HPV pozitivita, kterou stimuluje vliv gestagenu a zvyšuje tím tak riziko hlavně u žen, které hormonální antikoncepci užívají dlouhodobě, což je v našem měřítku více než 5 let. Ženy, které hormonální antikoncepci užívají dlouhodobě, zvyšují tak své riziko o 60%, že se u nich toto onemocnění objeví. (Cibula, 2009); (Antikoncepce může zvýšit riziko rakoviny děložního čípku)

1.2.4 Promiskuita

Žena, která měla více sexuálních partnerů a to přibližně více než 10 si zvyšuje riziko přenosu HPV infekce a taky má 2-3x větší pravděpodobnost, že onemocní karcinomem děložního čípku. Může být také možnost, že žena má celou dobu jednoho partnera, ale tento partner měl dříve sám více partnerek a to i „rizikových“ a tak nevědomky může přenést na ženu HPV infekci. Takže by se dalo říct, že čím více partnerů tím větší riziko (Cibula, 2009).

1.2.5 Sexuálně přenosná onemocnění

Přítomnost pohlavně přenosných infekcí a jejich opakování a zvláště u infekcí, které způsobují chlamydie je nepříznivě ovlivněno a poškozeno děložní hrdlo a tak je pak usnadněn vstup HPV infekce do buněk děložního čípku (Cibula, 2009).

1.2.6 Porušení imunity

Vrozené imunodeficiency i získané poruchy imunity mají stejný vliv na uchycení HPV infekce do děložního čípku jako například kouření (Cibula, 2009).

1.3 Prekancerózy

Prekanceróza je přednádorový stav, který se může přeměnit postupem času v karcinom. Tento vývoj může trvat i několik let, ale v ojedinělých případech i několik měsíců. Způsob jak zjistit u ženy stádium prekancerózy se v posledních desetiletích dramaticky změnil a to především díky potvrzení hlavní role HPV infekce při vzniku karcinomu děložního hrdla. Závažnost tohoto onemocnění se odvíjí od stádia postižení epitelu dysplastickými změnami. Dysplastické změny jsou charakterizovány cytologickými změnami. Pro lepší orientaci jsou tyto stádia rozlišena na CIN a CIS (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

CIN 1 - V případě, že je postižena dolní třetina epitelu dysplastickými změnami, je takový nález označován jako CIN 1 nebo také jako lehká dysplazie. Tato lehká dysplazie je schopna stagnace nebo dokonce i regrese. K takzvanému odhojení dochází po chirurgickém odstranění nebo po traumatu. Zhruba asi jedna čtvrtina neléčených případů během uplynutí 10 let se změní na střední dysplazii a polovina na karcinom in situ. (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

CIN 2 – Postižení epitelu ve dvou třetinách jeho tloušťky je označován jako CIN 2 nebo také jako střední dysplazie. CIN 2 progreduje dost podobně jako lehká dysplazie, ale ve velmi vyšším procentu a v kratším časovém intervalu. (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

CIN 3 – Pokud je postižený epitel i v horní třetině je označován jako CIN 3 nebo také jako těžká dysplazie. Asi tři čtvrtiny neléčených těžkých dysplazií přechází pak v invazivní karcinom. (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

CIS – V současné terminologii je toto označení zahrnuto do kategorie CIN 3. Na rozdíl od spino celulárního epitelu má epitel cylindrický (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

1.4 Diagnostika a klinický obraz

Mnoho žen s cervikálním karcinomem jsou bez příznaků. S tím, jak dochází postupně ke zvětšování nádoru, se zvětšuje i síla krvácení z děložního čípku. Projevuje se tedy vodnatým zakrvavělým výtokem po pohlavním styku. Bolesti v malé pánvi a také v zádech v oblasti beder, jsou známkou pokročilého stádia onemocnění stejně tak i měštnání moči v kalichopánvičkách u systému ledvin v důsledku špatné průchodnosti ureterů. Lymfedém dolních končetin je též symptomem pokročilého stádia u karcinomu děložního čípku. Ke vzniku a růstu karcinomu děložního čípku dochází buď na povrchu čípku a to označujeme jako exocervikální forma karcinomu, nebo v cervikálním kanále a to označujeme jako endocervikální forma. Exocervikální formy vytváří nádory, které jsou křehké, květákovité a utváří velké masy, tyto formy pak prominují do pochvy, kde při kontaktu silně krvácejí. Endocervikální formy rostou velmi často a dlouho bez příznaků s invazivním charakterem růstu. Během vyšetření ženy pomocí hmatu lze rozpoznat dělohu, která je zvětšena nádorem.

Při vyšetření v rektální oblasti lze vyhodnotit postižení parametrií, uterosakrálních vazů a také pánevních stěn. Hmota, která je fixovaná indikuje, že došlo k rozšíření nádoru až ke stěnám pánve. Jako součást vyšetření by mělo být také samozřejmě onkologická cytologie odebraná z endocervixu cytobrushem, popřípadě endometria. Pokud je z daného výsledku podezření na adenokarcinom in situ, měla by se odebrat biopsie nebo provést konizace, která nejlépe určí hloubku invaze. Invazivní nádory děložního čípku mají nejvíce epiteliální původ, jako hlavní skupinu tvoří spinocelulární karcinom a dále jako méně časté histologické nálezy patří adenokarcinomy, neurokrinní nádory, malobuněčný karcinom, melanom a lymfom. Pro plánování léčby nádoru děložního čípku je nezbytné před operací stanovit přítomnost, velikost, lokaci, stav parametrií a lymfatických uzlin. Podle současných dat je vyšetření magnetickou rezonancí a ultrazvukem srovnatelné v zobrazení rozsahu zhoubného nádoru děložního čípku. Jediné co nemá ultrazvuk oproti magnetické rezonanci je kontraindikace a je také běžně dostupným vyšetřením. Zásadní přidaná hodnota u ultrazvuku je dynamické vyšetření, což znamená, že pomocí sondy se vyvíjí tlak na anatomické struktury a je tak možné sledovat jejich pohyblivost oproti okolí a zkoumat jejich elasticitu. Ultrazvuk umí zobrazovat nádor v mnoha rovinách, ale magnetická rezonance jen ve třech (Cibula, 2009, Novotný, 2012, Roztočil, 2011).

1.5 Diagnostické metody

Stanovení rozsahu nádorového onemocnění dle fyzikálního vyšetření je nepřesné ve třetině až polovině případů u operovaných pacientek a jeho nepřesnost narůstá s vyšším stádiem karcinomu děložního čípku. Gynekologické vyšetření neumožňuje zobrazit kraniokaudální rozměr u nádoru nebo incipientní infiltraci parametrií a to převážně u obézních pacientek a velkých nádorů. Za pomoci fyzikálního vyšetření nelze většinou upřesnit vztah nádoru k močovému měchýři, posoudit postižení lymfatických uzlin nebo přítomnost vzdálených metastáz s výjimkou palpačně hmatných zafixovaných skalenových uzlin. Pro zvolení vhodné léčby je důležité využít přesné zobrazovací metody, mezi které patří již zmíněný ultrazvuk a magnetická rezonance (Roztočil, 2011).

1.5.1 Ultrazvuk (UZ)

Při ultrazvukovém vyšetření používat transvaginální nebo taky transrektální endoluminální sondy, které jsou zavedené do těsné blízkosti děložního čípku. Výhoda transrektálního

vyšetření je nejen detailní obraz nádoru ve všech třech rozměrech, ale také velmi kvalitní vyhodnocení infiltrace parametrií a další šíření nádoru do pochvy, stěny močového měchýře a stěny rekta. Navíc transrektální zavádění sondy nezpůsobuje krvácení z exofytických nádorů, které je pravidlem u transvaginálního vyšetření při zavádění sondy. Jediná výhoda transvaginálního vyšetření je funkční vyšetření, kde můžeme pozorovat posun děložního hrdla proti močovému měchýři v rámci vyloučení infiltrace stěny u močového měchýře. Je mnoho dat o přesnosti magnetické rezonance ve stanovení lokálního rozsahu zhoubného nádoru děložního čípku, avšak méně recentních dat najdeme o využití ultrazvuku (Cibula, 2009).

1.5.2 Magnetická rezonance (MR)

Zhoubné nádory děložního čípku jsou nejpočetnější skupinou v gynekologii, které jsou zkoumány magnetickou rezonancí. U stádia mikroinvazivních karcinomů děložního čípku nemá význam provádět vyšetření magnetickou rezonancí. Magnetická rezonance se nepoužívá pro detekci, ale pro staging už nalezeného a prokázaného nádoru. Všeobecně platí, že čím je vyšší stádium onemocnění, tím spolehlivější je vyšetření a diagnostika za pomoci magnetické rezonance. Při sledování je důležité sledovat hlavně šíření nádoru do parametrií, což může být někdy velmi obtížné. Hlavním kritériem infiltrace parametrií je úplné přerušení nízké intenzity signálu pericervikální fascie v nádorové tkáni. Ve vyšších stádiích magnetická rezonance dobře zobrazí postup do okolí pochvy, přední strany rekta, zadní stěny močového měchýře, pánevního dna a zobrazí regionální lymfatické uzliny. Podání paramagnetické kontrastní látky do žíly u karcinomu děložního hrdla na rozdíl od endometriálního karcinomu nepřináší při diagnostice nějaké výraznější výhody. Magnetická rezonance je velmi přesná metoda při vyšetřování karcinomu děložního čípku. Přesnost, která je při tomto vyšetření uváděna je 81% pro hodnocení šíření do parametrií s 69% senzitivitou a s 80% specifitou, ale jedná se o data, která jsou získána většinou z jednoho pracoviště. Když se srovnají výsledky MR a CT, tak MR dosahuje lepších výsledků v hodnocení dolního děložního segmentu (Cibula, 2009, Novotný, 2012, Roztočil, 2011).

1.5.3 Počítačová tomografie (CT)

Význam počítačové tomografie je při sledování zhoubného nádoru děložního čípku při srovnání s magnetickou rezonancí nižší. Omezení pro CT je menší tkáňový kontrast a

obtížné posuzování postupu karcinomu hlavně u časných stádiích. Většina doposud shromážděných dat ukazuje, že ultrazvuk a magnetická rezonance jsou při hodnocení lokální karcinomové invazi přesnější než počítačová tomografie. Toto vyšetření se používá hlavně u vyšších stádiích děložního hrdla, za účelem posoudit infiltrace většího rozsahu do okolních orgánů a to především do močového měchýře, pánevní stěny a také do rekta. Velký a jednoznačný přínos má však v diagnostice postižených vzdálených uzlin a metastáz (Cibula, 2009, Novotný, 2012, Roztočil, 2011).

1.5.4 Pozitronová emisní tomografie (PET)

Úloha tohoto vyšetření při hodnocení karcinomu děložního hrdla byla v minulosti zkoumána především ve spojení při postižení lymfatických uzlin a také při detekci recidiv. Tato metoda ve srovnání s počítačovou tomografií a magnetickou rezonancí je téměř srovnatelná, ale pro hodnocení postižených uzlin v rámci vstupního vyšetření je lepší než předešlé zobrazovací metody. Hlavní příčinou falešně negativních nálezů jsou především mikrometastázy, které jsou pod možnou schopností dnešních skenerů, a tudíž mají nízkou rozlišovací schopnost (Cibula, 2009).

1.5.5 Kolposkopie

Kolposkop je binokulární optický systém, který má vlastní světelný zdroj a umožňuje tak osmi až čtyřicetinasobné zvětšení při pozorování děložního čípku. Kolposkopie louží k diagnostice patologií dolního genitálního traktu a to především cervikálních lézí, plošného rozsahu a vztahu dané léze k endocervikálnímu kanálu. Kolposkopické vyšetření se dále využívá k ověření abnormálního výsledku, který se projeví po screeningové cytologii, cílenému odběru biopsie a také stanovení rozsahu a topografie léze před chirurgickým ošetřením. Expertní kolposkopie je indikována hlavně u pacientek před zvažovaným destrukčním ošetřením a u cytologických nálezů suspektních, kde se objevuje závažná skvamózní léze, žlázová léze a u případů, které jsou podezřelé z invaze. Velkou roli má kolposkopie také u těhotných žen, kde pomáhá vyloučit invazi (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

Kolposkopie potřebuje více času. Pořízené nálezy je důležité posuzovat nejen jako statické obrazy, ale je zapotřebí hodnotit jejich průběh a vývoj v čase. Toto vyšetření začíná od malého zvětšení v oblasti, která vykazuje abnormální nález, poté se začne prohlížet pod

větším zvětšením a za pomoci barevného filtru. Kolposkopie se rozlišuje na nativní kolposkopii a na rozšířenou kolposkopii (Cibula, 2009)

U nativní kolposkopie se vyšetřovaná oblast prohlíží bez použití jakéhokoliv roztoku a je zbavena hlenu nebo jen po šetrném otření tamponem, který je napuštěný fyziologickým roztokem. Tento postup usnadňuje identifikaci znaků, které jsou charakteristické pro invazivní nádor. (Cibula, 2009)

Rozšířenou kolposkopii provádíme po aplikaci 3% nebo 5% roztoku kyseliny octové na děložní čípek, kde kyselina octová rozpustí hlen a zvýrazní epitelální změny. Na rozšířenou kolposkopii se, ale mohou používat i jiné roztoky, jako je 1% roztok jódu a jodidu draselného nebo 1% roztok toluidinové modři. Roztoky je důležité nanášet na čípek tlustým vatovým tamponem, který přikládáme jemně k vyšetřované oblasti na dostatečně dlouhou dobu cca 15 – 20 sekund. Kolposkopie je dynamické vyšetření, kde sledujeme rychlost zbarvení epitelu u děložního čípku, čím rychleji se epitel na čípku zabarví do bílé barvy, tím víc je léze závažnější. Při kolposkopické kontrole je potřeba provést i biopsii, která by měla být zacílena především vždy na nejsuspektnější oblast (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

1.5.6 HPV test

Tento test reaguje na přítomnost onkogenních genotypů. Testování přítomnosti HPV za pomoci molekulárně biologických technik, které stanovují přítomnost virové DNA a je tak přínosem a doplňkem k prebiptickým metodám. V případě, že je testována pouze přítomnost high risk genotypů většina laboratoří vyhodnotí typy HPV 16 a 18. S ohledem na prevalenci HPV infekce je testování u žen odpodstatněné až po 30 letech života. Odběry se provádí brush technikou do transportního média. Ženy, které dosáhly věku 35 let, mají senzitivitu HPV testu pro HG léze 95% a specifitu 93%. U klinické praxe je možné využít test HPV na přítomnost high risk genotypů u žen, které měly hraniční výsledky cytologických stěrů. HPV test je také možné provést i při dispenzarizaci po operaci prekancerózy děložního čípku. V tomto případě má smysl test provádět nejdříve za 6 až 12 měsíců od operace. Přínos má tento test i pro pacientky imunokompromitované, když se prokáže pozitivita testu je to pro ně významný preindikátor a chodí poté na častější kontroly. Negativita u HPV testu a k tomu normální cytologický nálezn je naděje pro ženy, že by mohly

prodlužovat intervaly mezi jednotlivými kontrolami. O čem se ještě v souvislosti s HPV testem diskutuje, je provádění testu před profylaktickou vakcinací proti HPV u sexuálně aktivních žen (Cibula, 2009; Záhumenský, 2015).

1.5.7 Cytologie

Cytologické stěry z děložního čípku jsou velmi účinným testem k prevenci karcinomu děložního čípku a celého hrdla. Při hodnocení stěrů z čípku rozlišujeme tři základní stavy – benigní, premaligní a maligní. Důležité je také hodnocení mikroorganismů, protože některé z těchto mikrobů jsou významnými karcinogeny. Cervikovaginální diagnostika je jedna z nejtěžších a nejobtížnějších cytologických metod, protože na prostředí, ze kterého získáváme buňky, působí mnoho faktorů – hormonální, mikrobiální, koitus a další. Jako podmínka pro stanovení správného cytologického závěru je dokonalé provedení stěru v dostatečném množství a správné nanesení na sklíčko. Asi polovina mylných negativních diagnóz má na svědomí právě již výše uváděný nesprávný odběr. Nadhodnocené stěry zase vedou k zbytečným operačním výkonům, ale také hlavně k psychickému stresu u vyšetřované ženy. Preparáty se barví a jsou uschovávány až po dobu 5 let. Hlavním předmětem, který se u preparátu hodnotí, jsou buňky dlaždicové, cylindrické a žlázové. Závěr vyšetření je popisný souhrn cytologa, kde sepiše nejvýznamnější změny na epitelu pro následné vyšetření nebo pro příští cytologický odběr (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

1.5.8 Cílená biopsie

Při kontrole děložního čípku pod kolposkopem, je z cílených míst, která vypadají na pohled podezřele, odebrán vzorek asi o velikosti jako je špendlíková hlavička. Provádí se především v případě nutnosti upřesnění cytologie, nebo při podezřelém kolposkopickém nálezu. Výhoda u tohoto vyšetření je, že při odběru se získá nejen stěr z povrchových buněk děložního čípku, jako je například u vyšetření z cytologie, ale všechny vrstvy sliznice, které pokrývají podezřelé místo až k bazální vrstvě. Získání histopatologického materiálu k vyšetření se provádí pomocí minibiopsie, endocervikální kyretáž, konizace nebo cylindrická disekce. Většina metod, které slouží k získání biotického vzorku je ambulantních a lze je tedy provádět při vyšetření pod kolposkopem v návaznosti na expertní kolposkopii. Když je prováděná konizace nebo cylindrická disekce, pak je obvyklé, že žena

po výkonu operace je krátkodobě hospitalizována. Provádění operačního výkonu probíhá v částečné nebo v celkové anestezii. Při vedení řezu u zdravé tkáně děložního čípku jde o výkon, který zajišťuje dostatečný vzorek k diagnostickému vyhodnocení a zároveň se jedná i o operační zákrok, který je terapeutický (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

1.6 Léčba karcinomu děložního čípku

Při léčbě karcinomu děložního čípku se uplatňují 3 metody – chirurgická léčba, radioterapie a chemoterapie. Tyto metody se volí na základě stádií, ve kterém se právě rakovina děložního čípku nachází. Chirurgická neboli operační metoda se volí u stádií časných invazivních nádorů. Radioterapie se kombinuje s chemoterapií při léčbě pokročilých případů. U pacientek, které mají své onemocnění už generalizované, se používá chemoterapie za účelem paliativním (Cibula, 2009).

1.6.1 Chirurgická léčba

Chirurgie je nejvýznamnější pro léčbu časných stádií karcinomu děložního čípku, ale má také velké uplatnění při léčbě lokálních recidiv v pánvi, v poslední době se hodně využívá i jako chirurgický staging u pokročilých stádií. Jako velký trend se používá chirurgie v posledních letech při upřesňování rozsahu výkonu a to u každé pacientky v souvislosti vyhodnocených prognostických parametrů. Největší význam je kladen na snižování morbidit a hlavně minimalizaci pozdějších komplikací, které by mohly dlouhodobě zhoršovat kvalitu života pacientky. Primární chirurgická léčba se využívá u mikroinvazivních stádií IA a v IB1, ale také v stádiích IB2, IIA a IIB (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

Stadium IA – toto stádium dosahuje do hloubky cca 5 mm a plošně asi do 7 mm. Proto se pro toto stádium používají termíny mikroinvazivní a periklinický karcinom. I když se jedná jen o tak malý rozsah nádoru, tak z klinického hlediska je významné, protože se dělí dále na IA1 a IA2. Toto další dělení se odvozuje na základě hloubky invaze. Z výše uvedených skutečností vycházejí i dnešní standardy léčby. Chirurgie se využívá sice primárně, ale radioterapie má rovněž vynikající výsledky a používá se hlavně u pacientek, které mají kontraindikaci při chirurgické léčbě. IA1 lze řešit konizací, hysterektomií nebo

trachelektomií děložního čípku. Názory odborníků se na léčbu stádia IA2 liší. Většina doporučení se při tomto stádiu uvádí využít jako standardní léčbu radikální hysterektomií typu II. Z mnoha zdrojů je však zřejmé, že riziko postižení parametrií, které přispívají k pooperační morbiditě je hodně malé a to obzvláště pokud nejsou postižené ani lymfatické uzliny. Důležité je provést pečlivé předoperační vyšetření a to hlavně pro karcinom stadia IA. Diagnóza, která je založena jen na biopsii, nemusí být úplně spolehlivá. Pro správné a pečlivé upřesnění rozsahu nádoru u děložního čípku se využívá konizace. V případě, že nádor dosahuje i do závažnějších dysplastických změn – CIN 2,3 do endocervikálního okraje konizátu je většinou indikována rekonizace nebo cylindrická disekce. Špatné odhadnutí léze při nálezů CIN 3 nebo dokonce invazivního karcinomu je nejčastější důvod provedení neadekvátní prosté hysterektomie s neočekávaným nálezem invazivního karcinomu, pro který měla být rovnou indikována radikální hysterektomie (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

Stádium IB1

Toto stádium představuje skupinu nádorů s různou prognózou, ale hlavní rozlišovací kritérium je 5 mm až 4 cm. Nově je u tohoto stádia hodnocená i vzdálenost nádoru od pericervikální fascie. Chirurgie je stále hlavní léčebnou modalitou, ale metodou volby začíná být primární chemoradioterapie, která má s chirurgickou léčbou v tomto případě srovnatelné výsledky. Při chirurgickém výkonu se využívá hysterektomie typu II (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

Stádium IB2

Toto stádium co se týče léčby, je asi nejvíce kontroverzní. Může se volit mezi primární chemoradioterapií, radikální hysterektomií s adjuvantní radioterapií. V poslední době se nejčastěji používá chemoterapie s následnou radikální hysterektomií (Cibula, 2009).

Stádium IIa

U tohoto stádia se používá radikální hysterektomie, kde se odsraní tkáň tak, aby se zachoval 1-2 cm zdravé tkáně od nádoru, který k této tkáni přilehal. V případě, že jsou zjištěny rizikové faktory, se operační výkon často doplňuje radioterapií (Cibula, 2009)

Stádium IIb

V tomto stádiu se využívá primárně chemoradioterapie, ale někteří odborníci volí v tomto stádiu u svých pacientek radikální hysterektomii. Ta totiž zabraňuje pozdním komplikacím, které nastávají po radioterapii, zachovává správnou funkci vaječníků, což je důležité pro mladé dívky (Cibula, 2009).

1.6.2 Chemoterapie

Chemoterapie je způsob léčby, při kterém se využívají cytotoxické látky, které jsou pro buňku jedovaté, které růst i dělení buněk zastavují. Protinádorová chemoterapie způsobuje poruchy DNA, která nese genetickou informaci nebo ovlivňuje struktury v buňce, které jsou nutné k tomu, aby se mohly buňky správně dělit. Výsledkem tohoto působení je zastavení růstu nebo odumření buněk. Tyto látky převážně působí na buňky, které rostou nebo se dělí a to ovšem nejsou jen buňky nádoru, ale jsou to bohužel i buňky jiných zdravých tkání, které porušit nechceme. Protinádorová chemoterapie má na lidské tělo mnoho nežádoucích a vedlejších účinků, jsou to převážně změny v krevním obrazu, na sliznicích trávicího traktu, vypadávání vlasů, průjem. Chemoterapie proto probíhá v určitých intervalech, přestávky při této léčbě umožňují, aby se zasažené zdravé tkáně trochu zregenerovaly, protože zdravé tkáně mají lepší schopnost regenerace (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

1.6.3 Radioterapie

Radioterapie využívá k léčbě nádorů záření. Tento druh léčby je převážně léčbou lokální a působí jen na určitou oblast těla. Při radioterapii je využíváno elektromagnetické záření, korpuskulární, ale nejčastěji se při této léčbě využívají urychlené elektory. Zdroj záření je umístěn buď mimo tělo pacienta a to ve vzdálenosti desítek centimetrů nebo je přímo na kožním povrchu pacienta, či je zaveden do tělesných dutin a do tkání (Cibula, 2009; Novotný, 2012; Roztočil, 2011).

1.7 Prevence a screening karcinomu děložního čípku

1.7.1 Prevence

Pojmem prevence vyplývá ze souhrnných opatření, které mají především za úkol předpovídat a také předcházet všem nežádoucím faktorům, které jsou spojovány se vznikem zhoubných nádorů. V gynekologické onkologii se prevence nejčastěji zabývá rizikovými

faktory, ale také včasným zachytem prekanceróz a předcházení komplikací u léčby (Cibula, 2009).

1.7.2 Primární prevence

Cílem primární prevence je snížit výskyt zhoubných nádorů a dále má eliminovat rizikové faktory, které se podílejí na vzniku zhoubných nádorů a rozpoznat jedince, kteří mají genetické předpoklady pro onkologické onemocnění. Ukazatel úspěšnosti primární prevence je tedy pokles zhoubných nádorů. Jedná se zde především o: boj proti kouření a podporu odvykacích programů, vakcinaci jedinců proti HPV, racionální předepisování hormonálních přípravků, boj proti alkoholismu, podporu zdravého životního stylu, kam spadá boj proti obezitě a výchova jedinců ke zdravé výživě a osvětové programy, které se zaměřují především na rizikové sexuální chování. Dalším cílem primární prevence je zamezení přenosu HPV infekce. Nejběžnější metodou vhodnou pro ženy jakéhokoliv věku je použití kondomu a to především u žen, které nemají stálého sexuálního partnera a pro ženy, které jsou v časném období po ošetření děložního hrdla. Mezi nejnovější metodu patří vakcinace proti HPV infekci (Cibula, 2009).

1.7.3 Sekundární prevence

Sekundární prevence se zabývá zjištěním časných stádií zhoubných nádorů a prekanceróz a cílem této prevence je zlepšení jejich léčby. Ukazatel úspěchu sekundární prevence je snížení úmrtnosti. Sekundární prevence se zaměřuje hlavně na aktivní vyhledávání prekanceróz během gynekologické preventivní prohlídky, aby byly případné nálezy ošetřeny ještě před rozvojem v invazivní nádor. Nejdůležitější nástroj pro sekundární prevenci je efektivní screeningový program, který je založený na cytologickém vyšetření (Cibula, 2009).

1.7.4 Terciární prevence

Jako hlavní cíl terciární prevence je brzký zachycení recidiv nádoru a tím i brzké zahájení léčby v potencionální léčitelné fázi onemocnění. Péče o onkologicky nemocného nese velkou odpovědnost za pacienta. Nutně se provádí kompletní preventivní vyšetření, protože zaměření na recidivy nádoru může zanedbat prevenci dalších zhoubných nádorů v oblasti prsu a análního otvoru. Ukazatel úspěchu terciární prevence především doba celkového přežití (Cibula, 2009).

1.7.5 Kvartérní prevence

Kvartérní prevence se zaměřuje na předcházení a předvídání důsledků u nevyléčitelných nádorových onemocnění s ohledem na faktory somatické, psychické, etické a sociální. Ukazatel úspěchu kvartérní prevence je především kvalita života onkologicky nemocných pacientů. Zaměřuje se hlavně na: efektivní léčbu bolesti a zabraňuje plnému rozvinutí bolesti, podporu výživy, zachování mobility, psychosociální podporu a zajištění odpovídající péče při ztrátě soběstačnosti (Cibula, 2009).

1.7.6 Screening

Screening je zaměřován především na pravidelné preventivní prohlídky u gynekologa. Při screeningu jsou ovšem dána i jasná pravidla, která musí být při vyhledávání nemoci splňována, aby se mohl používat pojem screening. Od začátku roku 2008 je u nás v ČR zahájen celorepublikový screeningový program, který se zaměřuje na brzké zachycení rakoviny děložního čípku a přednádorových změn. I přes dobré a dlouhodobé zkušenosti států západní Evropy, tak ČR dlouho váhala a rozhodovala se nad zavedením organizovaného screeningu. (Cibula, 2009).

1.8 Vakcinace proti karcinomu děložního čípku

HPV vakcíny jsou první vakcíny, které jsou cíleně vyvinuté k ochraně před onkologickým onemocněním. Očkování se doporučuje ženám a dívkám optimálně před zahájením pohlavního života, kdy se žena nachází v tzv. období HPV naivity, protože očkování dosahuje nejvyššího efektu předtím, než se naše tělo s HPV viry setká. Podle většiny lékařů má očkování proti HPV význam pro ženy a dívky, i když pohlavní život již zahájily. Když organismus ženy HPV infekci prodělal, tak se nemusí vytvořit dostatečná imunitní ochrana a v průběhu života ženy, může docházet k obávaným a opakovaným infekcím i stejnými typy HPV virů. Očkovat se doporučují i chlapci, protože vakcíny jsou používány pro anogenitální prevenci před nádorovým onemocněním. U chlapců to má význam především do budoucna, aby nepřenášeli HPV na své partnerky a také, aby předešli karcinomu v oblasti análního otvoru. Protože kondom není 100% ochrana proti HPV virům, mohou se přenášet i orálně nebo pouhým dotykem kůže (Cibula, 2009).

1.8.1 Cervarix

Cervarix je vakcína, která je určena k ochraně pro jedince od 9 let před nádorovým onemocněním, které způsobuje infekce HPV viry. Tato vakcína je zaměřena na dva typy HPV virů a těmi jsou viry 16 a 18. Očkovací látka tedy nechrání proti všem typům virů HPV. Očkování je pro jedince ve věku 13 let zdarma a je plně hrazeno zdravotní pojišťovnou v případě, kdy obě dávky vakcíny proběhnou ve věku 13 let. Očkovací schéma je ve 2 - 3 dávkách podle věku jedince. Ve věku 9 – 14 dvě dávky a ve věku 15 let a více tři dávky. Vakcína se aplikuje injekčně do svalu v horní části paže. V rámci očkování zdarma provádí očkování většinou dětský lékař a u starších dívek a žen gynekolog. (Rakovina děložního čípku a prevence)

1.8.2 Gardasil

Vakcínu Gardasil jsme mohli zaznamenat dříve pod názvem Silgard. Vakcína Gardasil chrání před infekcí čtyř typů HPV virů a těmi jsou 6, 11, 16 a 18. Vakcinační schéma dle věku je zde stejné jako u vakcíny Cervarix, ale rozdíl je zde v tom, že ve věku 13 let je u Gardasilu vakcína hrazena jen částečně zdravotní pojišťovnou a není zcela zdarma jako u vakcíny Cervarix. (Vakcína Gardasil)

1.8.3 Gardasil 9

Vakcína Gardasil 9 chrání jedince před vznikem onemocnění způsobených 9 typy HPV obsaženými ve vakcíně. Gardasil9 působí proti 2 typům způsobujícím genitální bradavice a těmi jsou typy HPV 6 a 11 a dále proti 7 vysoce rizikovým typům HPV způsobujícím zhoubná onemocnění a těmi jsou 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. Dávkovací schéma je dle věku a je stejné jako u předchozích vakcín. Orientační cena této vakcíny je cca 4 000 Kč za jednu dávku pro samoplátce a to i bez aplikačních poplatků. Orientační cena pro tři dávky této vakcíny je tedy cca 12 000 Kč. Pro jedince ve věku 13 let je vakcína částečně hrazena zdravotní pojišťovnou. Vakcíny proti HPV se aplikují injekčně do svalu, nejčastěji do oblasti deltového svalu v horní části paže. I po aplikaci této vakcíny je důležité si uvědomit, že nenahrazuje pravidelný screening děložního čípku, protože žádná očkovací látka není účinná na 100 % a vakcíny nezajišťují ochranu proti každému typu HPV ani proti již existující HPV infekci, je tedy nutné docházet na pravidelné gynekologické prohlídky. (Vakcína Gardasil)

2 Praktická část

V praktické části se budu věnovat ženám a jejich znalostem ohledně karcinomu děložního čípku, a to na základě toho, jak správně odpovídaly na znalostní otázky v dotazníku. Zaměřím se na respondentky ve věku 13 – 26 let. Budu u nich zjišťovat, zda chodí na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky, zda jsou očkovány a jestli o očkování vědí, zda se setkaly s pojmem karcinom děložního čípku a odkud o něm získávají své informace. Z pedagogického hlediska mě bude zajímat, kde v rámci školního prostředí respondentky slyšely o prevenci karcinomu děložního čípku a zda by stály o přednášky na 2. stupni základní školy, které by byly zaměřené na prevenci karcinomu děložního čípku.

2.1 Cíle a výzkumné otázky praktické části

Hlavní cíl výzkumu: Zmapovat znalosti žen na základě jejich správných odpovědí o prevenci karcinomu děložního čípku ve Středočeském kraji.

Dílčí výzkumný cíl č. 1: Zjistit, jaký je nejčastější zdroj informací, ze kterého ženy dostávají informace o karcinomu děložního čípku.

Dílčí výzkumný cíl č. 2: Zjistit, zda ženy a dívky chodí na pravidelné gynekologické prohlídky.

Dílčí výzkumný cíl č. 3: Zjistit, jestli ženy a dívky vědí o očkování a jestli jsou samy očkovány.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké mají ženy znalosti na základě jejich správných odpovědí o prevenci karcinomu děložního čípku?

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaký je nejčastější zdroj informací, ze kterého ženy získávají informace o karcinomu děložního čípku?

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Chodí ženy na pravidelné gynekologické prohlídky? Toto neodpovídá Vašemu dílčímu cíli

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Vědí ženy o možnosti očkování a jsou očkovány?

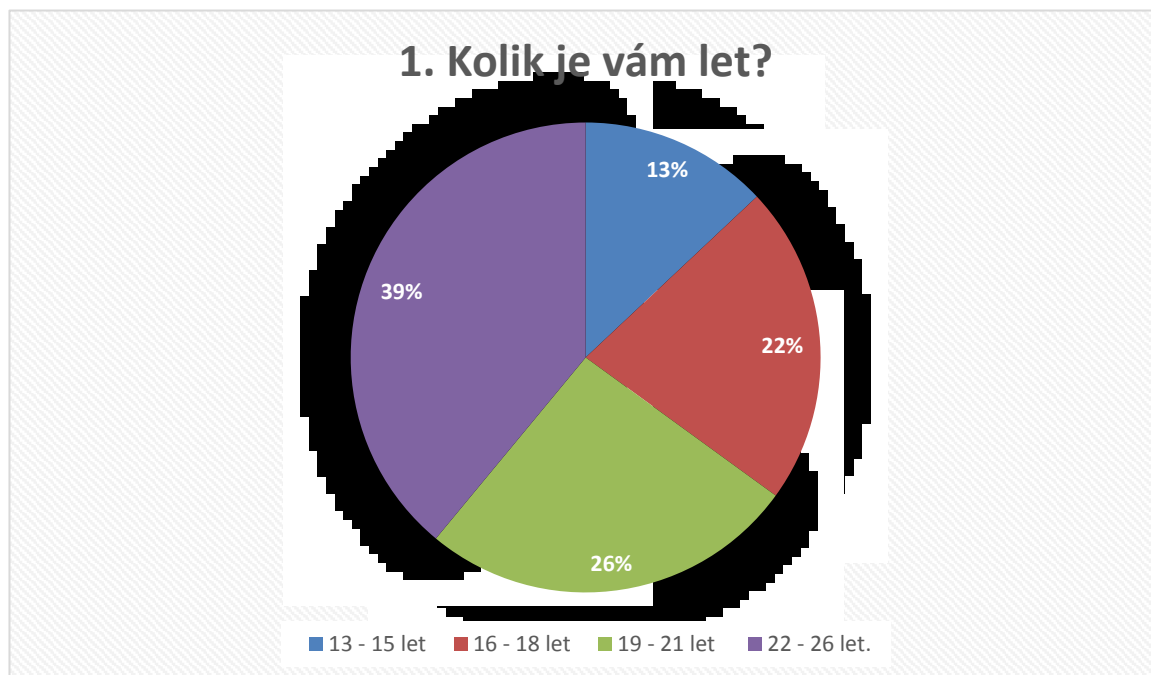
2.2 Dotazník a popis cílové skupiny

Dotazník jsem rozesílala v elektronické podobě pomocí přímého odkazu přes facebook. Respondentky byly ze Středočeského kraje, na které jsem se chtěla ve své práci při výzkumu zaměřit. Mým cílem bylo získat alespoň 100 vyplněných dotazníků, což se mi povedlo. Dotazník mi vyplnilo přesně 100 respondentek ve věku 13 – 26 let. V dotazníku se nacházelo celkem 22 otázek, z nichž uzavřených otázek bylo 13, polootevřených otázek bylo 9. Dotazník naleznete v příloze 1 a vyplněný dotazník v příloze 2. Zde je vložený přímý odkaz na vyplnění dotazníku přes web: <https://www.surveio.com/survey/d/G8S9L3N6U7U1L8V5U>.

2.3 Výsledky a komparace dat

Na přímý odkaz dotazníku, který jsem zasílala, zareagovalo celkem 132 respondentek, z nichž 32 si dotazník pouze zobrazilo a nedokončilo a úspěšně dotazník dokončilo 100 respondentek. Mým cílem bylo získat alespoň 100 vyplněných dotazníků, což se mi také povedlo, tudíž tímto shledávám dotazník úspěšným. Nejvíce odpovědí jsem získala v pátek 19. 6. 2020, ve večerních hodinách. Dotazované ženy strávily u vyplňování dotazníku nejčastěji 2 – 5 minut (43 %), 5 – 10 minut strávilo u vyplňování dotazníku (42 %) respondentek a zbylým respondentkám vyplňování dotazníku zabralo 10 – 30 minut (15 %).

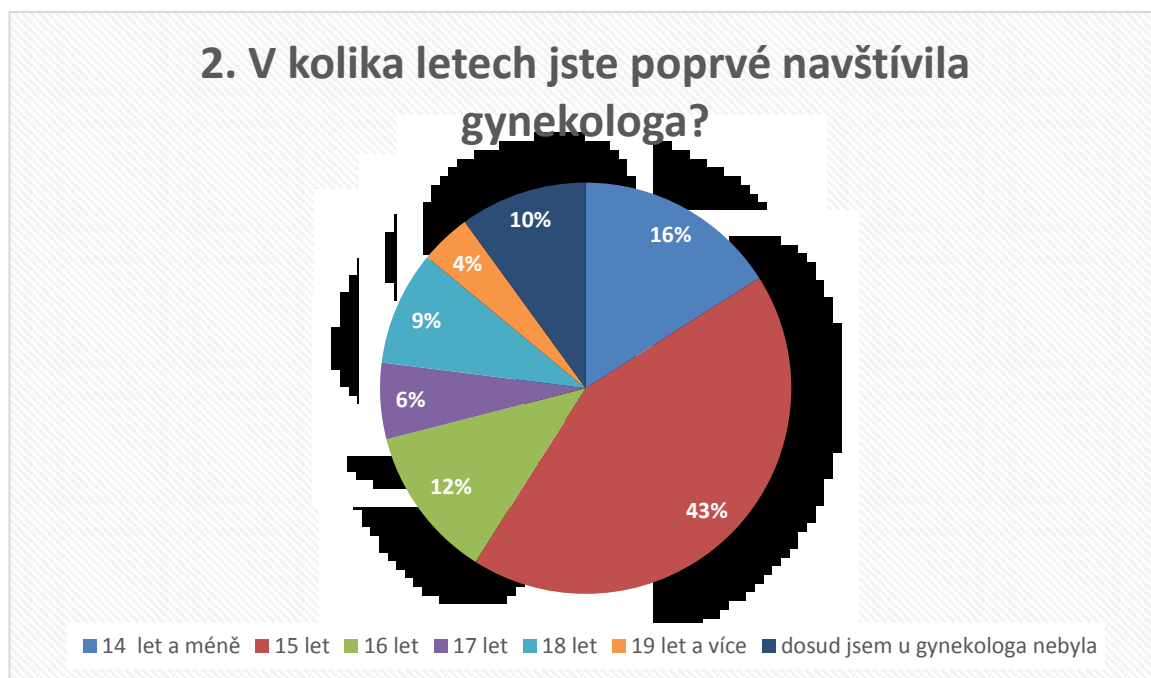
N = 100



Graf 1 Věk

V grafu nemůžete mít uvedeno něco, co tam není - kde vidím těch 100 odpovědí - to prosím vymažte a tento údaj napište všude nad graf či tabulku - tak, jak to máte uvedené výše - již nebudu dále v práci komentovat. Nejvíce dotazovaných respondentek bylo ve věkovém rozmezí 22 – 26 let. Ze 100 dotazovaných respondentek bylo 13 ve věku 13 - 15 let, tj. 13 %. Ve věku 16 - 18 let dokončilo dotazník 22 žen, tj. 22 %. Celkem 26 dotazovaných žen bylo ve věku 19 - 21 let a tvoří tedy 26 % ze všech odpovědí. Poslední a největší skupinou byly ženy ve věku 22 – 26 let, bylo jich 39, tj. 39 %

N = 100



Graf 2 V kolika letech poprvé navštívily respondentky gynekologa

Nejvíce respondentek navštívilo poprvé gynekologa v 15 letech, tento výsledek jsem zde očekávala. Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 %, odpovědělo 16 tj. 16 %, že poprvé byly u gynekologa ve 14 letech a méně. Nejvíce dotazovaných respondentek celkem 43 tj. 43 % bylo poprvé u gynekologa ve věku 15 let, ve věku 16 let bylo na první návštěvě 12 respondentek tj. 12 %, ve věku 17 let bylo poprvé u gynekologa 6 respondentek tj. 6 %, ve věku 18 let bylo poprvé u gynekologa 9 respondentek tj. 9 %, nejmenší počet dotazovaných respondentek navštívilo poprvé gynekologa v 19 letech a více, jedná se pouze o 4 respondentky tj. 4 % a 10 respondentek dosud u gynekologa ještě nebylo tj. 10 % a tyto respondentky neodpovídaly na následující dvě otázky, tj. otázka č. 3 a 4.

N = 100

3. Máte svého gynekologa?	Responzí	Podíl
Ano	86	95, 6 %
Ne	4	4, 4 %
Celkem	90	100 %

Tabulka 1 Kolik respondentek má svého gynekologa

Na tuto otázku odpovídalo celkem 90 respondentek tj. 100%. Z celkového počtu respondentek má svého gynekologa většina, což je 86 respondentek tj. 95, 6 % a 4 respondentky tj. 4, 4 % svého gynekologa nemají.

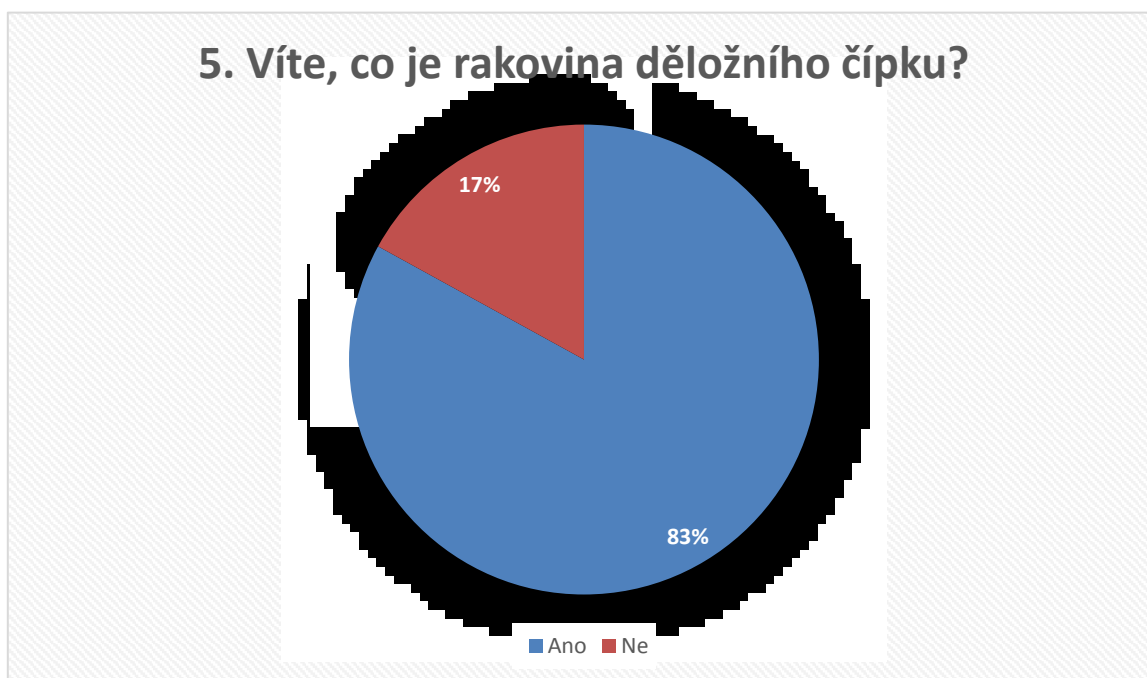
N = 90

4. Jak často chodíte na gynekologické prohlídky?	Responzí	Podíl
1x za rok	57	63, 3 %
1x za půl roku	23	25, 6 %
Pouze když mám obtíže	6	6, 7 %
1x za dva roky	2	1, 8 %
Vůbec	2	1, 8 %
Jiná možnost	0	0 %
Celkem	90	100 %

Tabulka 2 Jak často chodí ženy na gynekologické prohlídky

Nejvíce respondentek z celkového počtu 90 tj. 100 %, tak 57 dotazovaných tj. 63, 3 % chodí na pravidelné gynekologické prohlídky 1x za rok, 23 respondentek tj. 25, 6 % chodí na pravidelné gynekologické prohlídky 1x za půl roku, 6 respondentek tj. 6, 7 % chodí na gynekologické prohlídky jen, když mají nějaké potíže, 2 respondentky tj. 1, 8 % chodí na gynekologické prohlídky 1x za dva roky a 2 respondentky tj. 1,8 % nechodí na prohlídky vůbec a 0 respondentek tj. 0 % použilo otevřenou možnost jiná.

N = 100



Graf 3 Co je to rakovina děložního čípku

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 %, odpovědělo 83 respondentek tj. 83 %, že vědí, co je rakovina děložního čípku a 17 respondentek tj. 17 % odpovědělo, že neví, co je rakovina děložního čípku. Tato otázka byla polootevřená, pro polootevřenou odpověď, která zněla „Ano, uveďte:“ bude doslovný přepis odpovědí v příloze 3, kde jsem jednotlivé odpovědi rozdělila do 5 kategorií.

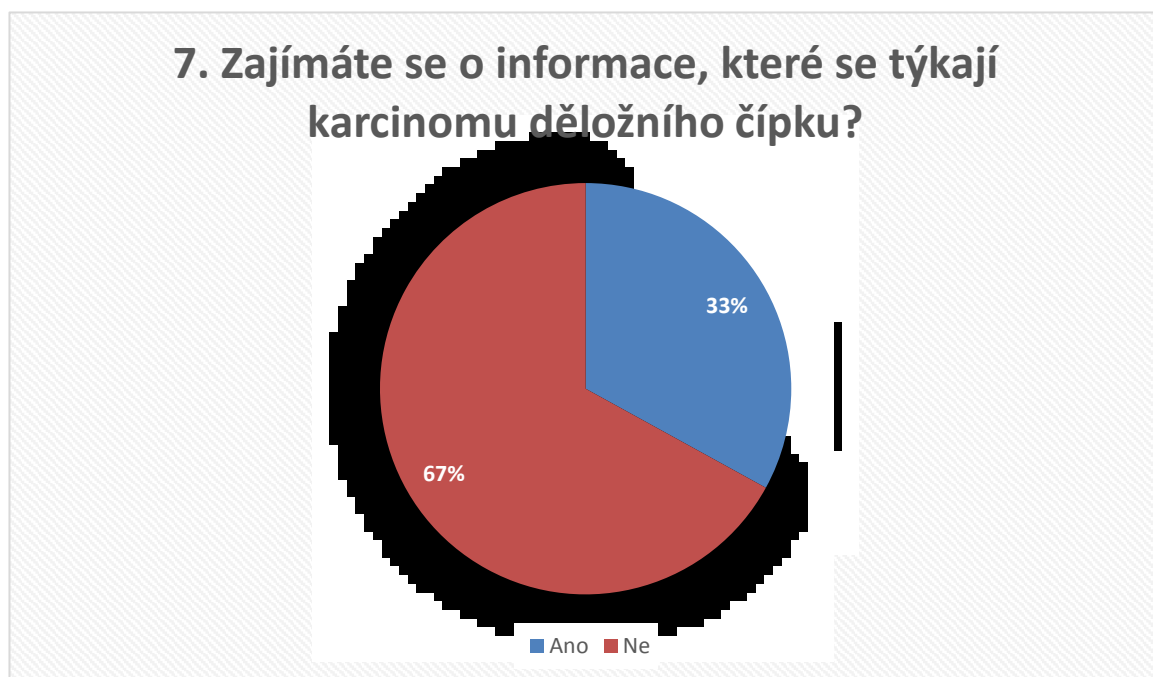
N = 100



Graf 4 Vážnost onemocnění

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 %, odpovědělo 99 tj. 99 % respondentek, že toto onemocnění považují za vážné a 1 respondentka tj. 1 % odpověděla, že toto onemocnění za vážné nepovažuje. Tato otázka byla polootevřená pro odpověď „Ano, uveďte“ a doslovný přepis odpovědí naleznete v příloze 4, kde jsem jednotlivé odpovědi rozdělila do 7 kategorií.

N = 100



Graf 5 Zájem o informace, které se týkají karcinomu děložního čípku

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 %, odpovědělo 67 respondentek tj. 67 %, že se o informace týkající se karcinomu děložního čípku nezajímají a 33 respondentek tj. 33 % odpovědělo, že se o tyto informace zajímá.

N = 255

8. Kde jste se o rakovině děložního čípku dozvěděla	Responzí	Podíl
U lékaře	69	27, 1 %
Doma	56	21, 5 %
Na internetu	41	16, 1 %
Ve škole	41	16, 1 %
V televizi	28	10, 9 %
Od známých	18	7, 1 %
Jiná možnost	3	1, 2 %
Nikde	0	0 %
Celkem	255	100 %

Tabulka 3 Zdroj informací o karcinomu děložního čípku

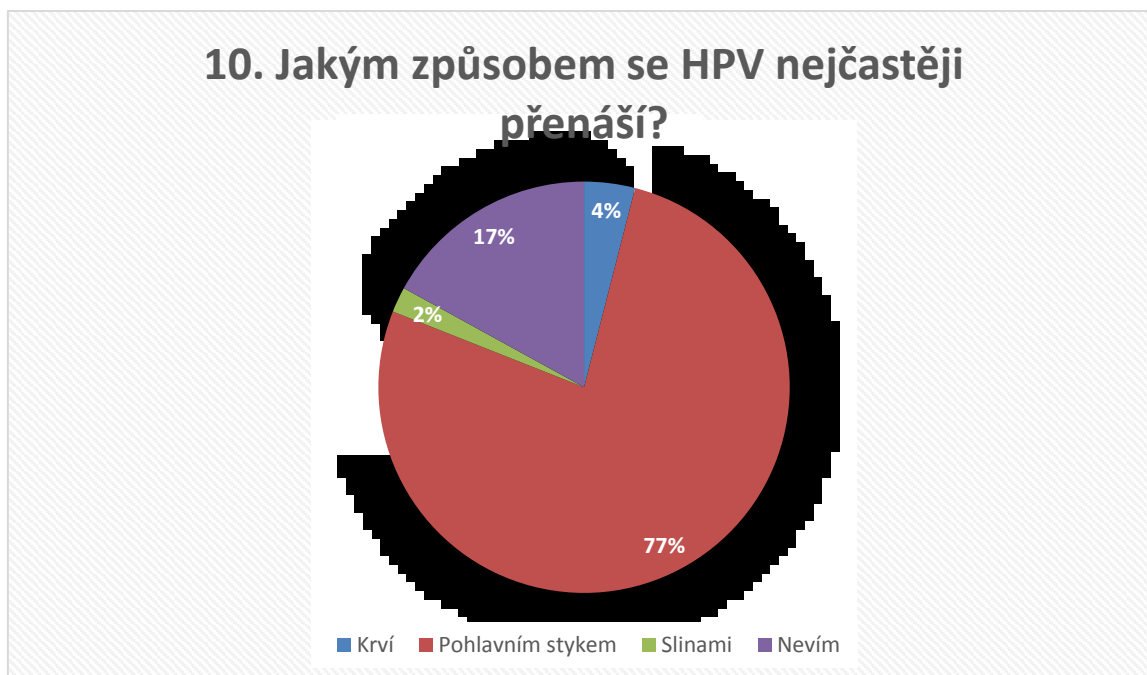
Tato otázka byla s možností výběru více možností z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 %, odpovědělo nejvíce, že se dozvěděly o rakovině děložního čípku u lékaře, tato možnost byla označena 69x z 255 celkových odpovědí tj. 27, 1 %, možnost doma byla označena 56x tj. 21, 5 %, možnost ve škole byla označena 41x tj. 16%, možnost na internetu byla zvolena také 41x tj. 16, 1 %, možnost v televizi byla označena 28x tj. 10, 9 %, možnost od známých byla respondentkami označena 18x tj. 7, 1 % a 3x byla zvolena polootevřená možnost jiná tj. 1, 2 %, kde 2x respondentky odpověděly leták a 1x billboard, možnost nikde byla označena 0x tj. 0%.

9. V tabulce prosím označte u každého tvrzení svoji odpověď:	Ano	Ne	Celkem
HPV se týká žen i mužů	82	18	100 tj. 100 %
HPV způsobuje pouze rakovinu děložního čípku	23	77	100 tj. 100 %
HPV můžu chytit v bazénu	19	81	100 tj. 100 %
Očkovat se mohou jen ti, co nezapočali sexuální život	19	81	100 tj. 100 %
Vakcíny proti HPV způsobují vážné komplikace a úmrtí	12	88	100 tj. 100 %
Vakcína mě ochrání před karcinomem děložního čípku na 100%	8	92	100 tj. 100 %

Tabulka 4 Tvrzení

U této otázky šlo o zaškrtování tvrzení ano x ne a správná tvrzení jsem označila v tabulce červenou barvou. Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 % respondentky na tvrzení odpovídaly následovně: O prvním tvrzení zda se HPV týká žen i mužů odpovědělo 82x tj. 82 % respondentek, že ano a 18x tj. 18 % respondentek, že ne. O druhém tvrzení, zda HPV způsobuje pouze rakovinu děložního čípku, odpovědělo 23x tj. 23 % respondentek ano a 77x tj. 77 % respondentek, že ne. Na třetí tvrzení zda HPV lze chytit v bazénu odpovědělo 19x tj. 19 % respondentek ano a 81x tj. 81% respondentek ne. Na čtvrté tvrzení, zda se mohou očkovat jen ti, co nezapočali sexuální život, odpovědělo 19x tj. 19 % respondentek ano a 81x tj. 81 % respondentek, že ne. U pátého tvrzení, zda vakcíny proti HPV způsobují vážné komplikace a úmrtí, odpovědělo 12x tj. 12 % respondentek ano a 88x tj. 88 % respondentek ne. U šestého tvrzení, zda vakcína ochraňuje před karcinomem děložního čípku na 100%, odpovědělo 8x tj. 8% respondentek ano a 92x tj. 92 % respondentek, že ne.

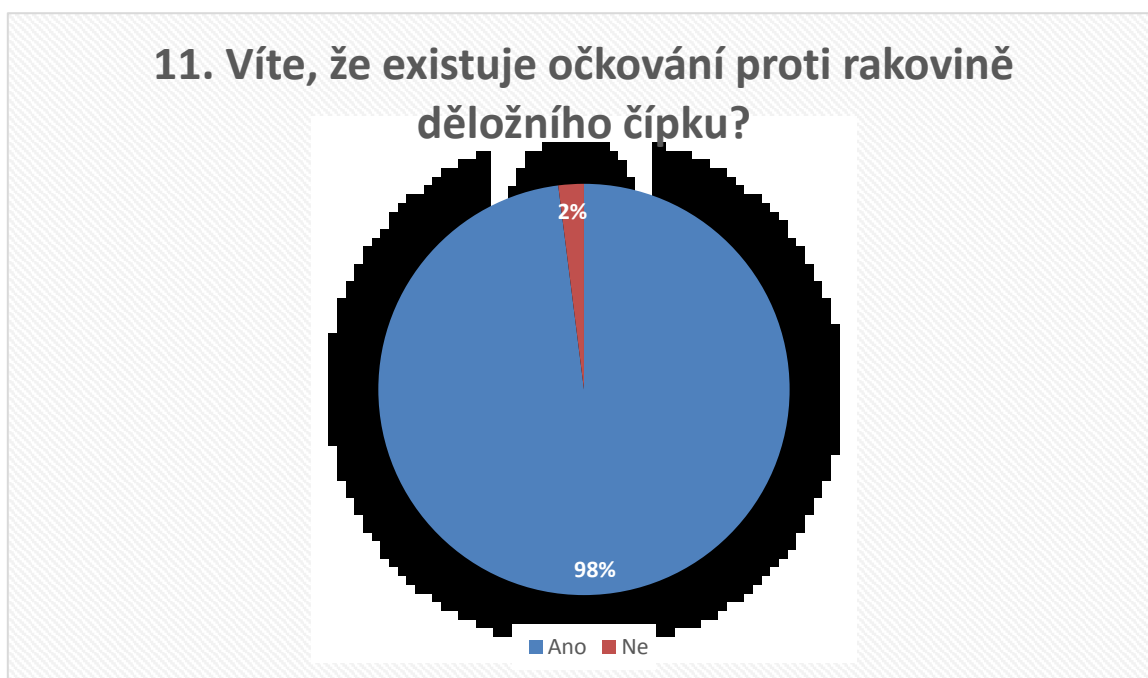
N = 100



Graf 6 Způsob přenosu HPV

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 %, odpovědělo na tuto otázku správně 77 respondentek tj. 77 %, že se HPV přenáší nejčastěji pohlavním stykem, 17 respondentek tj. 17 % odpovědělo na otázku nevím, 4 respondentky tj. 4 % odpověděly krví a 2 respondentky tj. 2 % označily odpověď jako způsob přenosu sliny.

N = 100



Graf 7 Existence očkování

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 %, odpovědělo 98 respondentek tj. 98 %, že o očkování vědí a pouze 2 respondentky tj. 2 %, že ne. Tyto 2 % respondentek budou odpovídat až na otázku č. 16.

N = 98

12. Kdy je podle Vás nejvhodnější nechat se očkovat proti karcinomu děložního čípku?	Responzí	Podíl
Po narození	2	2, 2 %
Před zahájením pohlavního života	90	92, 4 %
Po zahájení pohlavního života	2	2, 2 %
Po porodu	0	0 %
Jiná možnost, uveďte	4	4, 2 %
Celkem	98	100 %

Tabulka 5 Kdy je nejvhodnější doba nechat se očkovat

Z celkového počtu 98 respondentek tj. 100 % odpovědělo 90 respondentek tj. 92, 2 %, že je nejvhodnější nechat se očkovat ještě před zahájením pohlavního života, 2 respondentky tj. 2, 2 %, že hned po narození a další 2 respondentky tj. 2, 2 %, 0 respondentek tj. 0 % označilo možnost po porodu a 4 respondentky označily polootevřenou odpověď jiná, kde se všechny shodly, že nikdy.

N = 98

13. Kde jste poprvé slyšela, že existuje očkování proti karcinomu děložního čípku?	Responzí	Podíl
U lékaře	32	32, 3 %
Ve škole	5	5, 1 %
Doma	36	36, 4 %
Na internetu	3	3, 0 %
V televizi	12	12, 1 %
Od známých	6	6, 1 %
Nevím	4	4, 0 %
Jiná možnost, uveďte	1	1, 0 %
Celkem	98	100 %

Tabulka 6 Kde ženy poprvé slyšely o karcinomu děložního čípku

Z celkového počtu 98 respondentek tj. 100 % odpovědělo 32 tj. 32, 3 %, že se poprvé o karcinomu děložního čípku dozvěděly u lékaře, 5 respondentek tj. 5, 1 %, že ve škole, 36 respondentek tj. 36, 4 % se o tom poprvé dozvědělo doma, 3 respondentky tj. 3 % se o tom dozvěděly na internetu, 12 respondentek tj. 12, 1 % se o tom dozvěděly v televizi, 6 respondentek tj. 6, 1 % se o tom dozvěděly od známých, 4 respondentky tj. 4 % už neví, kde o tom poprvé slyšely a 1 respondentka tj. 1 % využila polootevřenou možnost „Jiná možnost, uveďte“ a uvedla billboard.

N = 98

14. Znáte názvy vakcín proti HPV infekci?	Responzí	Podíl
Ne	77	78,6 %
Ano, uveďte názvy vakcín, které znáte:	21	21,4 %
Celkem	98	100 %

Tabulka 7 Názvy vakcín

Z celkového počtu 98 respondentek tj. 100 % odpovědělo 77 tj. 78,6 %, že ne a 21 respondentek tj. 21,4 % odpovědělo na polootevřenou otázku „Ano, uveďte názvy vakcín, které znáte:“ 14x, že znají pouze cervarix a 2x pouze gardasil (dříve silgard) a 5x napsaly oba názvy vakcín.

N = 98



Graf 8 Vakcinace respondentek

Z celkového počtu 98 respondentek tj. 100 % je očkováno 63 tj. 64,3 % respondentek a 35 tj. 35,7 % očkováno není.

N = 100

16. Setkala jste se někdy se ženou, která má nebo měla prekancerózu či karcinom děložního čípku?	Responzí	Podíl
Ano	28	28,0 %
Ne	52	52 %
Nevím	20	20 %
Celkem	100	100 %

Tabulka 8 Setkání se ženou, která má zkušenost s tímto onemocněním

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 % odpovědělo 28 tj. 28 %, že se s nemocnou ženou setkaly, 52 respondentek tj. 52 % odpovědělo, že ne a 20 respondentek tj. 20 % neví.

N = 100

17. Víte, k čemu slouží odběr cytologie při preventivní gynekologické prohlídce?	Responzí	Podíl
Ke zjištění zánětu	18	18 %
Ke zjištění okolního krvácení	0	0 %
Ke zjištění přednádorových změn	82	82 %
Ke zjištění mykózy	0	0 %

Tabulka 9 K čemu slouží cytologie

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 % odpovědělo 18 respondentek tj. 18 %, že preventivní gynekologické vyšetření slouží ke zjištění zánětu a správně odpovědělo 82 respondentek, tj. 82 % odpovědělo, že slouží ke zjištění přednádorových změn. Další dvě možnosti, které byly v nabídce respondentky.

18. Rakovina děložního čípku je:	Responzí	Podíl	N = 100
Onemocnění, které vyvolávají bakterie	5	5 %	
Onemocnění, které je vrozené	2	2 %	
Onemocnění, které vyvolávají viry i bakterie	23	23 %	
Onemocnění, které vyvolávají viry	67	67 %	
Onemocnění, které je vyvolané speciálním typem plísně	3	3 %	
Celkem	100	100 %	

Tabulka 10 Původce onemocnění

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 % odpovědělo 5 respondentek tj. 5 %, že rakovinu děložního čípku vyvolávají bakterie, 2 respondentky tj. 2 % odpověděly, že se jedná o onemocnění, které je už vrozené, 23 respondentek tj. 23 % odpovědělo, že se jedná o onemocnění, které vyvolávají bakterie a viry, 67 respondentek tj. 67 % odpovědělo správně, že se jedná o onemocnění vyvolané viry a 3 respondentky tj. 3 % odpověděly, že se jedná o onemocnění, které vyvolávají speciální typy plísní.

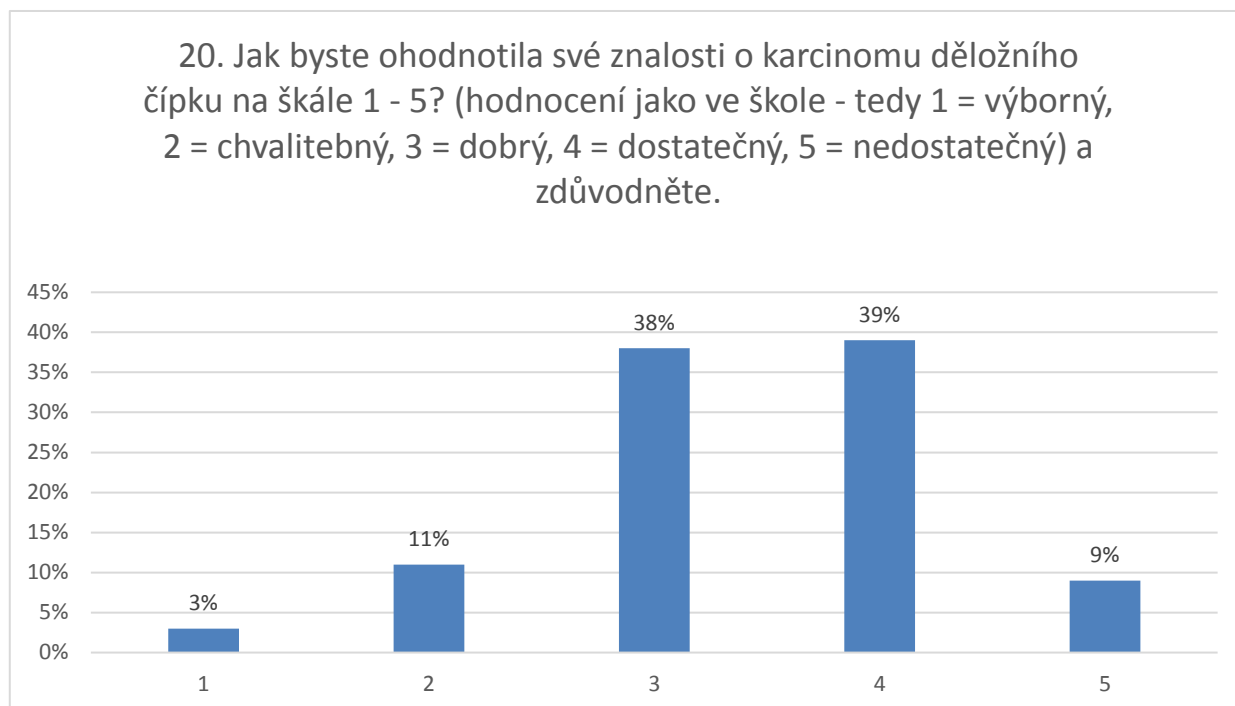
N = 100

19. Hlavní příčinou vzniku přednádorových a nádorových změn na děložním čípku jsou?	Responzí	Podíl
Infekce papilomaviry	65	65 %
Infekce picornaviry	1	1 %
Infekce herpesviry	28	28,0 %
Infekce retroviry	3	3 %
Infekce chlamydiemi	3	3 %
Infekce e.colí	0	0 %
Celkem	100	100 %

Tabulka 11 Příčina infekce

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 % odpovědělo správně 65 tj. 65 %, že hlavní příčinou přednádorových a nádorových změn jsou infekce papilomaviry, 1 respondentka tj. 1 % odpověděla, že se jedná o infekci picornaviry, 28 respondentek tj. 28 % odpovědělo, že se jedná o infekci herpesviry, 3 respondentky tj. 3 % odpověděly, že se jedná o infekci retroviry a také 3 respondentky tj. 3 % odpověděly, že se jedná o infekci chlamydiemi.

N = 100



Graf 9 Subjektivní hodnocení znalostí na škále

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 % odpověděly 3 respondentky tj. 3 %, že na škále 1 – 5, hodnotí své znalosti týkající se karcinomu děložního čípku za 1, 11 respondentek tj. 11 % ohodnotilo své znalosti za 2, 38 respondentek tj. 38 % ohodnotilo své znalosti za 3, 39 respondentek tj. 39 % ohodnotilo své znalosti za 4 a 9 respondentek tj. 9 % ohodnotilo své znalosti za 5. Tato otázka byla polootevřená a rozdělila jsem ji do 5 kategorií, podle známek, doslovný přepis k této otázce bude v příloze 5.

Při komparaci dat jsem se zde zajímala o to, jestli se ženy při svém subjektivním hodnocení znalostí nepřeceňovaly nebo nepodceňovaly. Pro srovnání jsem si vybrala ženy, které se ohodnotily známkou 1 a známkou 5. Poté jsem prošla jejich jednotlivé odpovědi v dotazníku. Zjistila jsem, že ze třech žen, které své znalosti ohodnotily za 1, konkrétně se jednalo o ženy č. 8, 30 a 85 odpověděly správně pouze dvě, ta jedna odpovídala chybně, a tudíž své znalosti přecenila, zbylé dvě odpovídaly bezchybně. Z devíti žen, které své znalosti ohodnotily za 5, konkrétně se jednalo o ženy č. 19, 25, 36, 43, 44, 71, 73, 82 a 85 odpovědělo špatně sedm, ale dvě své znalosti podcenily, protože na znalostní otázky

odpověděly bez jediné chyby. Těchto 12 žen, které jsem zde hodnotila a porovnávala, vyznačím červeně v tabulce č. 13 u hlavního výzkumného cíle.

N = 100

21. Uvítala byste, když by dívky měly ve škole na 2. stupni přednášky či besedy zaměřené na toto onemocnění?	Responzí	Podíl
Ano	89	89 %
Ne	11	11 %
Celkem	100	100 %
Zdůvodněte	23	23 %

Tabulka 12 Přednášky a besedy na školách

Z celkového počtu 100 respondentek tj. 100 % by bylo pro přednášky 89 tj. 89 % a 11 tj. 11 % ne. U této otázky měly respondentky zdůvodnit svou odpověď, bohužel se mi k tomu vyjádřilo pouze 23 respondentek tj. 23 % a tuto polootevřenou otázku budu vyhodnocovat do dvou kategorií na ty, co s tím souhlasí a na ty, které jsou proti, doslovný přepis bude v příloze 6.

2.4 Diskuze a doporučení

V následující kapitole se budu věnovat jednotlivým cílům mé bakalářské práce. U každého výzkumného cíle se zaměřím na otázky z dotazníku, na které ženy odpovídaly a budu je vyhodnocovat a porovnávat.

2.4.1

2.4.2 Diskuze

Hlavní cíl výzkumu: Zmapovat znalosti žen na základě jejich správných odpovědí o prevenci karcinomu děložního čípku ve Středočeském kraji.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké mají ženy znalosti na základě jejich správných odpovědí o prevenci děložního čípku?

S hlavním cílem výzkumu se přímo pojí otázky č. 9, 10, 17, 18, 19

Tyto vědomostní otázky jsou uvedeny a vyhodnoceny v následující tabulce.

Tyto otázky zní:

9. V tabulce prosím označte u každého tvrzení svoji odpověď.

10. Jakým způsobem se HPV infekce nejčastěji přenáší?

17. Víte, k čemu slouží odběr cytologie při preventivní gynekologické prohlídce?

18. Rakovina děložního čípku je:

19. Hlavní příčinou vzniku přednádorových a nádorových změn na děložním čípku jsou?

Klíč: 0 – chybné odpovědi, 1 – správné odpovědi

Žena	Otázka č. 9 Správná tvrzení						Otázka č. 10	Otázka č. 17	Otázka č. 18	Otázka č. 19	Celkem správně
1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3
2	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	5

3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
6	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	6
7	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
10	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	6
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
13	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	7
14	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8
15	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8
16	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	6
17	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	7
18	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8
19	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	4
20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8
21	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
22	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8
23	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7
24	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	6
25	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	5

26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
27	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8
28	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
29	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
30	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	7
31	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	6
32	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
34	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	7
35	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
36	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
39	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9
40	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	6
41	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
43	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8
44	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	7
45	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	6
46	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	5
47	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	5
48	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7

49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
50	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	7
51	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	5
52	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	5
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
54	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7
55	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
56	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	7
57	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
58	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
60	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8
61	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
62	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
64	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	7
65	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	5
66	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
68	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
70	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	8
71	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	6

72	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	7
73	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	7
74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
75	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	4
76	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
77	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8
78	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
79	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	8
80	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
81	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	6
82	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
83	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
84	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	7
85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
87	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	8
88	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9
89	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	7
90	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	7
91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
93	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
94	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8

95	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
96	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
97	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
98	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
99	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
100	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
Celkem správně	82	77	81	81	88	92	77	82	67	65	Ø 7,9

Tabulka 13 Hlavní výzkumný cíl

Na základě této tabulky, která se pojí s hlavním cílem výzkumu, jsem hodnotila subjektivní znalosti žen na základě jejich správných odpovědí. Dle tohoto výzkumu si ženy nejlépe vedly u otázky č. 9, kde rozhodovaly o správnosti tvrzení a chybovaly zde nejméně. Nejhůře dopadla otázka č. 18 a 19, kde ženy měly odpovídat, že se jedná o onemocnění způsobené viry a původcem těchto virů jsou papilomaviry.

Když se podíváme celkově na to, jak ženy a dívky správně odpovídaly, považuji jejich znalosti za velmi dobré, pravděpodobně se informace o karcinomu děložního čípku dostávají do povědomí žen, protože je to závažné onemocnění o kterém se stále hodně diskutuje.

Závěr: Hlavní cíl byl zmapován. A hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena. Bylo zjištěno, že ženy vědí, jakým způsobem se HPV infekce přenáší, že se jedná o pohlavní styk. Dále ženy vědí, že příčinou tohoto onemocnění jsou papilomaviry, které spadají do skupiny virů. Ženy také především vědí, k čemu slouží odběr cytologie, který provádí gynekolog na preventivních prohlídkách, odpověděly správně, že se jedná o odběr, který slouží ke zjištění přednádorových a nádorových změn na děložním čípku.

Dílčí výzkumný cíl č. 1: Zjistit, jaký je nejčastější zdroj informací, ze kterého ženy dostávají informace o karcinomu děložního čípku.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaký je nejčastější zdroj informací, ze kterého ženy získávají informace o karcinomu děložního čípku?

S dílčím výzkumným cílem č. 1 přímo souvisí výzkumné otázky č. 8

Žena	Otázka č. 8
1	Na internetu, doma
2	U lékaře, ve škole, na internetu, doma
3	Ve škole
4	U lékaře, v televizi
5	U lékaře, ve škole, na internetu, v televizi
6	Na internetu, v televizi
7	U lékaře
8	Ve škole, od známých
9	Doma
10	U lékaře, Ve škole, Od známých
11	U lékaře, ve škole, na internetu, doma
12	Doma
13	U lékaře, na internetu, v televizi
14	U lékaře, ve škole, na internetu
15	Doma

16	Ve škole, od známých, na internetu
17	Ve škole
18	U lékaře, ve škole, na internetu, doma
19	Na internetu, doma
20	Doma
21	U lékaře, ve škole, v televizi, doma
22	Ve škole, doma
23	U lékaře, od známých, na internetu, doma
24	U lékaře, ve škole, na internetu, doma
25	Doma
26	Doma
27	U lékaře, ve škole, na internetu, v televizi
28	U lékaře, doma
29	Doma
30	Doma
31	U lékaře
32	U lékaře
33	U lékaře, ve škole, doma
34	U lékaře, ve škole, v televizi
35	U lékaře
36	U lékaře
37	U lékaře, od známých, na internetu

38	Ve škole, na internetu
39	U lékaře, od známých
40	U lékaře, na internetu
41	U lékaře, ve škole, od známých, doma
42	U lékaře, od známých, na internetu, doma
43	U lékaře, od známých, doma
44	V televizi
45	U lékaře, doma
46	U lékaře, ve škole, na internetu
47	U lékaře, „billboard“
48	U lékaře, na internetu
49	U lékaře, ve škole, v televizi, doma
50	U lékaře, na internetu, doma
51	U lékaře, doma
52	Na internetu, v televizi
53	U lékaře, doma
54	U lékaře, ve škole
55	U lékaře, na internetu, v televizi, doma
56	U lékaře, doma
57	U lékaře
58	U lékaře, doma
59	U lékaře, doma

60	U lékaře, doma
61	U lékaře, doma
62	U lékaře, doma
63	Ve škole, na internetu, v televizi
64	Ve škole, na internetu
65	U lékaře, doma
66	U lékaře, od známých, na internetu, v televizi
67	Ve škole, na internetu, doma
68	U lékaře, ve škole, v televizi
69	U lékaře, ve škole, od známých, na internetu, v televizi, doma
70	U lékaře
71	V televizi
72	U lékaře, ve škole
73	Doma
74	U lékaře, doma
75	U lékaře, doma
76	U lékaře, ve škole, na internetu, doma
77	U lékaře, na internetu, doma
78	U lékaře, ve škole, na internetu, doma
79	U lékaře, ve škole, na internetu, doma
80	U lékaře, ve škole, na internetu
81	U lékaře, v televizi, doma

82	Na internetu
83	Doma
84	U lékaře, doma
85	U lékaře
86	U lékaře
87	V televizi
88	U lékaře, na internetu
89	Ve škole, na internetu, doma
90	U lékaře, doma, leták
91	U lékaře, ve škole, na internetu, doma
92	U lékaře, ve škole, na internetu, doma
93	U lékaře, ve škole, od známých, na internetu, v televizi, doma
94	Doma
95	U lékaře
96	U lékaře, ve škole
97	U lékaře, ve škole, od známých, na internetu, doma
98	U lékaře, ve škole, v televizi, doma
99	U lékaře
100	U lékaře, ve škole, na internetu, doma

Tabulka 14 Dílčí cíl 1

Na základě dotazníkového šetření jsem zjistila, že ženy označily, jako nejčastější zdroj odkud čerpají informace ohledně karcinomu děložního čípku lékaře. Dále ve velkém

zastoupení byl internet a domov. Bylo by dobré, když by se mezi první tři nejčastější zdroje dostala i škola.

Závěr: Výzkumný cíl č. 1 byl zjištěn a výzkumná otázka č. 1 byla zodpovězena. Jako nejčastější zdroj byl uveden lékař. Lékař by měl v tomto případě být určitě na prvním místě, protože by měl rozšiřovat povědomí nejvíce, ale hned na druhém místě by podle mě měla být škola.

Dílčí výzkumný cíl č. 2: Zjistit, zda jestli ženy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Chodí ženy na pravidelné gynekologické prohlídky?

S dílčím výzkumným cílem č. 2 se přímo pojí otázky č. 4

Číslo dotazníku	Otázka č. 4
1	1x za rok
2	1x za rok
3	1x za rok
4	1x za rok
5	Pouze, když mám obtíže
6	1x za rok
7	1x za rok
8	1x za rok
9	1x za rok
10	1x za rok
11	1x za rok
12	1x za rok

13	1x za rok
14	1x za rok
15	1x za rok
16	1x za rok
17	1x za rok
18	Pouze, když mám obtíže
19	1x za rok
20	1x za půl roku
21	1x za rok
22	1x za rok
23	1x za rok
24	1x za rok
25	1x za rok
26	1x za rok
27	1x za rok
28	Pouze, když mám obtíže
29	1x za půl roku
30	1x za rok
31	1x za rok
32	1x za půl roku
33	1x za půl roku
34	1x za rok
35	1x za rok

36	Pouze, když mám obtíže
37	1x za rok
38	1x za rok
39	Pouze, když mám obtíže
40	1x za rok
41	1x za rok
42	1x za rok
43	1x za rok
44	Vůbec
45	1x za rok
46	1x za rok
47	1x za rok
48	1x za rok
49	1x za rok
50	1x za rok
51	1x za rok
52	1x za rok
53	1x za rok
54	1x za rok
55	Vůbec
56	1x za rok
57	1x za dva roky
58	1x za půl roku

59	1x za rok
60	1x za rok
61	1x za půl roku
62	1x za rok
63	1x za půl roku
64	1x za rok
65	1x za rok
66	1x za půl roku
67	1x za rok
68	1x za půl roku
69	1x za rok
70	1x za půl roku
71	1x za dva roky
72	1x za rok
73	1x za půl roku
74	1x za půl roku
75	Pouze, když mám obtíže
76	1x za rok
77	1x za rok
78	1x za rok
79	1x za rok
80	1x za rok
81	1x za půl roku

82	1x za rok
83	1x za rok
84	1x za rok
85	1x za půl roku
86	1x za rok
87	1x za půl roku
88	1x za půl roku
89	1x za půl roku
90	1x za půl roku
91	1x za rok
92	1x za půl roku
93	1x z půl roku
94	1x za rok
95	1x za rok
96	1x za rok
97	1x za rok
98	1x za rok

Tabulka 15 Dílčí cíl 2

Většina žen chodí na pravidelné gynekologické prohlídky a to nejčastěji 1x za rok a další větší skupina žen navštěvuje svého gynekologa v častějším intervalu a to 1x za půl roku.

Závěr: Dílčí výzkumný cíl č. 2 byl zjištěn a dílčí otázka č. 2 byla zodpovězena. Nejvíce dotazovaných respondentek chodí na pravidelné gynekologické prohlídky v intervalu 1x za rok, což je správně, protože 1x za rok se dělá odběr cytologie z děložního čípku.

Dílčí výzkumný cíl č. 3: Zjistit, jestli vědí o očkování a jestli jsou samy očkovány.

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Vědí ženy o možnosti očkování a jsou očkovány?

S dílčím výzkumným cílem č. 3 se přímo pojí otázky č. 11 a 15

Číslo dotazníku	Otázka č. 11	Otázka č. 15
1	Ano	Ano
2	Ano	Ne
3	Ano	Ne
4	Ano	Ne
5	Ano	Ne
6	Ano	Ne
7	Ano	Ano
8	Ano	Ano
9	Ano	Ano
10	Ano	Ne
11	Ano	Ne
12	Ano	Ano
13	Ano	Ano
14	Ano	Ano
15	Ano	Ne
16	Ano	Ano
17	Ano	Ne
18	Ano	Ano

19	Ano	Ano
20	Ano	Ano
21	Ano	Ano
22	Ano	Ano
23	Ne	
24	Ano	Ne
25	Ano	Ano
26	Ano	Ano
27	Ano	Ne
28	Ano	Ano
29	Ano	Ano
30	Ano	Ne
31	Ano	Ano
32	Ne	
33	Ano	Ne
34	Ano	Ano
35	Ano	Ano
36	Ano	Ano
37	Ano	Ano
38	Ano	Ano
39	Ano	Ne
40	Ano	Ano
41	Ano	Ano

42	Ano	Ano
43	Ano	Ano
44	Ano	Ne
45	Ano	Ano
46	Ano	Ano
47	Ano	Ne
48	Ano	Ano
49	Ano	Ne
50	Ano	Ano
51	Ano	Ano
52	Ano	Ne
53	Ano	Ano
54	Ano	Ne
55	Ano	Ne
56	Ano	Ne
57	Ano	Ano
58	Ano	Ano
59	Ano	Ano
60	Ano	Ano
61	Ano	Ano
62	Ano	Ano
63	Ano	Ne
64	Ano	Ne

65	Ano	Ano
66	Ano	Ne
67	Ano	Ano
68	Ano	Ne
69	Ano	Ano
70	Ano	Ano
71	Ano	Ano
72	Ano	Ano
73	Ano	Ano
74	Ano	Ano
75	Ano	Ano
76	Ano	Ano
77	Ano	Ano
78	Ano	Ne
79	Ano	Ne
80	Ano	Ano
81	Ano	Ano
82	Ano	Ne
83	Ano	Ano
84	Ano	Ano
85	Ano	Ano
86	Ano	Ano
87	Ano	Ne

88	Ano	Ne
89	Ano	Ne
90	Ano	Ano
91	Ano	Ano
92	Ano	Ano
93	Ano	Ano
94	Ano	Ano
95	Ano	Ano
96	Ano	Ano
97	Ano	Ano
98	Ano	Ne
99	Ano	Ano
100	Ano	Ano

Tabulka 16 Dílčí cíl 3

Na základě dotazníkového šetření, kde u otázky č. 11 ženy odpovídaly, zda vědí o možnosti očkování, odpověděla většina žen až na dvě, že o možnosti očkování vědí. Z těchto 98 žen je očkovaná většina a to 63 žen a 35 žen očkováno proti rakovině děložního čípku není.

Závěr: Výzkumný cíl č. 3 byl zjištěn a výzkumná otázka č. 3 byla zodpovězena. Většina dotazovaných respondentek je proti rakovině děložního čípku očkovaná, což dopadlo nad mé očekávání a shledávám tím tento výzkumný cíl úspěšným.

2.4.3 Doporučení

Ženy jsou dostatečně informovány o prevenci karcinomu děložního čípku, ale měly by si doplnit své znalosti ohledně původce a příčiny přenosu HPV infekce, ženy hodně chybovaly v těchto otázkách. Nevěděly, že se jedná o viry a konkrétně o lidské papilomaviry. Jako nejčastější zdroj, odkud ženy čerpají informace ohledně karcinomu děložního čípku, uvedly respondentky, že tyto informace dostávají od lékaře a další dvě nejčastěji označené možnosti

byly internet a domov. Bylo by dobré, když by se mezi nejčastějšími možnostmi objevila i škola, protože si myslím, že by tyto informace měly znát už i dívky na 2. stupni základní školy, protože ve věku 13 let, je nejvhodnější doma nechat se očkovat proti rakovině děložního čípku a lékař by jen měl tyto znalosti dále rozšiřovat. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že většina žen chodí pravidelně na gynekologické prohlídky 1x za rok a že většina žen je proti karcinomu děložního čípku očkovaná. Ženám a dívkám, které se chystají na očkování, bych doporučila, aby ho podstoupily pokud možno ve věku 13 let, kdy ještě nezapočaly pohlavní život a taky v tomto věku je Cervarix plně hrazen a Gardasil částečně. Já osobně pro očkování nakloněna nejsem, protože znám pár případů z okolí, kdy dívky podstoupily očkování ještě před zahájením pohlavního života a stejně se u nich projevíly přednádorové změny na děložním čípku. Když už bych měla doporučit vakcinaci, tak bych zvolila Gardasil 9, který je zaměřený na 9 typů HPV virů. Dále bych ženám a dívkám doporučila, aby se více zajímaly o informace týkající se karcinomu děložního čípku a chodily dále na pravidelné gynekologické prohlídky, protože i navzdory tomu, že se jedná o závažné onemocnění a téměř všechny toto onemocnění za závažné považují, tak se najdou i respondentky, které nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky vůbec.

Závěr

Přes veškeré vyspělé možnosti dnešní doby se přednádorové a nádorové změny karcinomu děložního čípku řadí mezi velmi časté onemocnění u žen. Už v minulosti byla také prokázána souvislost patologických změn s infekcí HPV virem. Infekce se šíří v nejčastějších případech pohlavním stykem, kdy přijdeme do kontaktu s infikovanou osobou. Podle výzkumů se udává, že s infekcí, zapříčiněnou HPV, se během života setká až 80 % žen a mužů, kdy muži bývají většinou jen přenašeči. Toto onemocnění se tímto také řadí mezi nejčastější pohlavně přenosné onemocnění. Problematika tohoto onemocnění je v dnešní době stále velmi diskutovaným tématem, protože téměř každým rokem se uveřejňují nová data, informace a statistiky, které se týkají karcinomu děložního čípku a jeho prevence. Co je velkým pozitivem u tohoto onemocnění, je poměrně dobrá možnost zjištění změn na děložním čípku. Na rozdíl například od karcinomu vaječníků, kde není screening, a kde dochází ke vzniku nádoru velmi rychle. Pokud žena dochází na pravidelné screeningové vyšetření u svého gynekologa, dochází k brzkému odhalení prekanceróz, které lze pak s vysokým úspěchem vyléčit a zároveň zabránit vzniku zhoubného nádoru. Bohužel, ale žádný screening nebude úspěšný, pokud ženy a dívky nebudou na tyto kontroly pravidelně chodit. Ve většině případů pak pacientky s pokročilými stádii nádoru děložního čípku přiznávají, že nebyly u svého gynekologa několik let. Jako případné řešení by se dalo možná navrhnout chodit na pravidelné prohlídky i třeba pod hrozbou finanční sankce, protože jediné tak bude možné výrazným způsobem snížit přibývajícím výskyt tohoto onemocnění a posléze i úmrtnost, v dnešní době poměrně častého nádorového gynekologického onemocnění.

V teoretické části bakalářské práce jsem se hned na začátku zaměřila na to, co je to karcinom děložního čípku a na anatomii pohlavních orgánů ženy. Dále jsem se zaměřila na epidemiologii a na to jaké rizikové faktory ovlivňují vznik karcinomu děložního čípku, vysvětlila jsem, co jsou to prekancerózy děložního čípku a jak se dělí. Část teoretické práce se věnuje diagnostice a metodám, které se při ní využívají, klinickému obrazu a léčbě. Poslední část teorie je zaměřena na prevenci a screening, kam patří vakcinace.

V praktické části jsou vyhodnoceny odpovědi respondentek pomocí tabulek a grafů, některé otázky byly znalostní, kde jsem na základě správných odpovědí v dotazníku zmapovala znalosti respondentek, některé otázky byly informativní, kde jsem zjišťovala, jak jsou na

tom s prevencí, zda chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, jestli vědí o možnosti očkování a zda jsou ženy očkovány.

Seznam použitých informačních zdrojů

Antikoncepce může zvýšit riziko rakoviny děložního čípku [online]. [cit. 2020-07-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/antikoncepce-muze-zvysit-riziko-rakoviny-delozniho-cipku-152952>

CIBULA, David. 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2665-6.

ČEPICKÝ, Pavel. 2018. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5604-2.

ČIHÁK, Radomír. 2013. *Anatomie 2., 3. uprav. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.

DYLEVSKÝ, Ivan. 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2111-3.

KOPECKÝ, Miroslav. 2010. *Somatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2271-8.

Kouření se podílí i na vzniku gynekologických nádorů [online]. [cit. 2020-07-18]. Dostupné z: <https://www.ulekare.cz/clanek/koureni-se-podili-i-na-vzniku-gynekologickych-nadoru-313392>

NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK, Zdeněk KLEIBL a kol. 2016. *Onkologie v klinické praxi: Standartní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá fronta a.s., ISBN 978-80-204-3944-4

PILKA, Radovan. 2017. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.

Rakovina děložního čípku a prevence [online]. [cit. 2020-07-18]. Dostupné z: <https://www.cervarix.cz/#obsah>

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLÁMA, Jiří. 2011. *Průvodce žen při onemocnění děložního hrdla*. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2472-3.

Vakcína Gardasil [online]. [cit. 2020-07-18]. Dostupné z:
<https://ockovaniprotihpv.cz/gardasil>

Vakcína Gardasil 9 [online]. [cit. 2020-07-18]. Dostupné z:
<https://ockovaniprotihpv.cz/gardasil-9>

ZÁHUMENSKÝ, Jozef, David JILICH a Daniela VAŇOUSOVÁ. 2015. *Základy moderní venerologie: učebnice pro mezioborové postgraduální vzdělávání*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-429-6.

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 - Vyplněný dotazník

Příloha 3 - Doslovný přepis odpovědí k otázce č. 5

Příloha 4 - Doslovný přepis odpovědí k otázce č. 6

Příloha 5 - Doslovný přepis odpovědí k otázce č. 20

Příloha 6 - Doslovný přepis odpovědí k otázce č. 21

Seznam tabulek

Tabulka 1 Kolik respondentek má svého gynekologa	32
Tabulka 2 Jak často chodí ženy na gynekologické prohlídky	32
Tabulka 3 Zdroj informací o karcinomu děložního čípku	36
Tabulka 4 Tvrzení	37
Tabulka 5 Kdy je nejvhodnější doba nechat se očkovat	39
Tabulka 6 Kde ženy poprvé slyšely o karcinomu děložního čípku	40
Tabulka 7 Názvy vakcín	41
Tabulka 8 Setkání se ženou, která má zkušenost s tímto onemocněním	42
Tabulka 9 K čemu slouží cytologie	42
Tabulka 10 Původce onemocnění	43
Tabulka 11 Příčina infekce	44
Tabulka 12 Přednášky a besedy na školách	46
Tabulka 13 Hlavní výzkumný cíl	52
Tabulka 14 Dílčí cíl 1	57
Tabulka 15 Dílčí cíl 2	62
Tabulka 16 Dílčí cíl 3	67

Seznam grafů

Graf 1 Věk.....	30
Graf 2 V kolika letech poprvé navštívily respondentky gynekologa.....	31
Graf 3 Co je to rakovina děložního čípku	33
Graf 4 Vážnost onemocnění	34
Graf 5 Zájem o informace, které se týkají karcinomu děložního čípku.....	35
Graf 6 Způsob přenosu HPV	38
Graf 7 Existence očkování	39
Graf 8 Vakcinace respondentek.....	41
Graf 9 Subjektivní hodnocení znalostí na škále	45